مركز تعريب العلوم الصحية
ARABIZATION CENTER FOR MEDICAL SCIENCE
ACMLS
١٤٠٤هـ ١٩٨٣م

تعريب الطب

مجلة دورية تعنى بشؤون التعريب
في الطب والصحة العامة

تصدر عن مركز تعريب العلوم الصحية دولة الكويت العدد السادس والعشرون أكتوبر 2009
Arabization Center for Medical Science (ACMLS) - Kuwait - 26 th Issue - October 2009



موضوع العدد : الصرع

ملف العدد : الطبيب والمجتمع

...ات لكتّاب المقالات الأصلية

*** أهداف المجلة ورسالتها :**

- نشر المعلومات عن مركز تعريب العلوم الصحية وأهدافه وإصداراته في المجالات الطبية المختلفة .
- الدعوة إلى تعريب التعليم الطبي والصحي في الجامعات العربية .
- تشجيع الأطباء والمتخصصين على كتابة الأبحاث الطبية الأصلية باللغة العربية في جميع المجالات الطبية والصحية .
- ترجمة أهم المقالات والبحوث الطبية العالمية .
- تغطية ومتابعة الجديد في الطب وذلك في سبيل تحديث المعلومة الطبية في المجالات المختلفة .
- ترجمة ونشر أهم الملخصات الطبية للدوريات العالمية .
- متابعة ونشر أخبار وزارات الصحة العربية .

*** مراجعة المقالات :**

- تخضع جميع المقالات المقدمة للنشر في المجلة لمراجعة هيئة التحرير ومن تراه من المحكمين المتخصصين .
- يمكن للكاتب أن يقترح أسماء بعض المراجعين المحتملين لبحثه .
- يتم إبلاغ الكاتب بالموافقة على نشر مقالته خلال 3-4 أسابيع من استلامها ، كما يمكن أن تعاد إليه لإجراء بعض التعديلات التي قد تراها هيئة التحرير مناسبة .
- يتم ترتيب مواد العدد وفقاً لاعتبارات فنية بحتة .

*** تقديم المخطوطات :**

- لاتقبل المجلة المقالات المترجمة بكاملها من مصادر أجنبية والتي لم تطلب من مترجميها ، وتنشر تلك المقالات بناءً على سياسة التحرير .
- تتلقى المجلة المقالات الطبية الأصلية باللغة العربية على أساس أنها غير مقدمة للتقييم أو للنشر في أية مجلة أخرى .
- يجب أن تترافق المخطوطة المقدمة للنشر بخطاب من الكاتب يوافق فيه على نقل حقوق النشر للمجلة ، وينص فيه صراحة على أن : *«المخطوط المقدم قد تمت مراجعته والموافقة عليه من قبَل جميع المؤلفين المعنيين وأنه لم يتم نشره من قبل أو أنه خاضع للتقييم للنشر في مجلة أخرى» . ويوافق المؤلفون على نقل حقوق النشر لمجلة «تعريب الطب»* .
- لايجوز نشر المخطوطات المقبولة للنشر في مجلة «تعريب الطب» في مجلات أخرى إلا بإذن من رئيس تحرير مجلة «تعريب الطب» .

*** إعداد مخطوطات الأبحاث الأصلية :**

- تهدف المجلة إلى أن تتماشى مقالات الأبحاث الأصلية المنشورة فيها مع «نمط ڤانكوفر» ؛

[*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals"* Published by the International Committee of Medical Journal Editors in Vancouver, British Columbia, Canada, in 1979; "Vancouver Style"]

- *وحدات القياس* : يجب أن تتماشى جميع وحدات القياس مع النظام الدولي (SI) باستثناء قراءات ضغط الدم ، حيث تقاس بالملم زئبق (mmHg) .
- يجب أن تكون المخطوطة المقدمة للنشر *مطبوعة على الآلة الكاتبة* على ورق A4 (أو حجم 21.5سم × 28سم) مع هوامش عريضة لاتقل عن 2.5سم . لتسهيل عمليات التحرير والمراجعة ، كما يجب ترقيم الصفحات بصورة متتابعة بداية من صفحة العنوان (Title Page) وصولاً إلى نهاية المادة المطبوعة .
- *صفحة العنوان (Title Page)* : يجب أن تحتوي صفحة العنوان على : (1) عنوان المقالة ، (2) اسم كل من مؤلفي المقالة وأعلى شهادات علمية حصل عليها كل منهم وذلك باللغتين العربية والانجليزية ، (3) اللقب الأكاديمي أو الوظيفة الحالية التي يشغلها كل من المؤلفين ومحل عمله ، (4) اسم وعنوان محل عمل كل من المؤلفين ، (5) اسم وعنوان المؤلف الذي يمكن أن توجه إليه المراسلات الخاصة بالمقالة ، إذا اختلف عن عنوان المؤلف الأول .

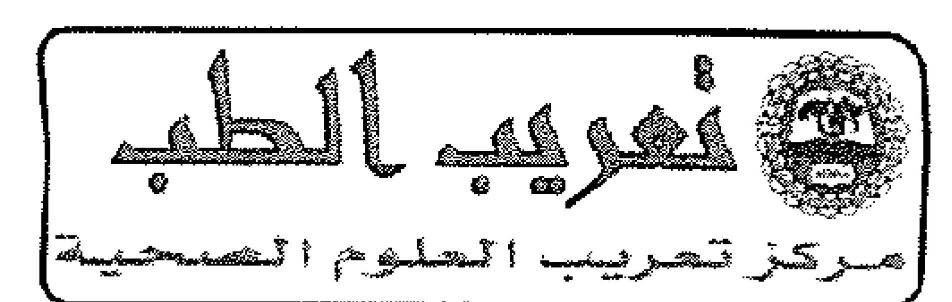
*** الملخصات (Abstracts) :**

- يجب أن يترافق البحث بملخص واف لمحتواه فيما لايزيد عن 200 كلمة وذلك باللغة العربية والإنجليزية (أو الفرنسية) .
- *بالنسبة لتقارير الحالات المرضية (Case reports)* : يفضل ألا يزيد عدد المؤلفين عن أربعة .

*** المسرد (Glossary) :**

يجب أن تذيّل المخطوطة بمسرد لجميع الاصطلاحات الطبية الواردة بها حسب ترتيب ورودها بالمقالة ، وذلك باللغتين العربية والإنجليزية ، كما يُرجى الالتزام - قدر الإمكان - بمصطلحات المعجم الطبي الموحد ، مع ذكر المصدر في حالة اعتماد مصطلحات غير تلك الواردة بالمعجم الطبي الموحد وسبب اختيارها .

(التتمة على صفحة الغلاف الداخلي الأخير)





مركز تعريب العلوم الصحية
(ACMLS)

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب ، ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى :

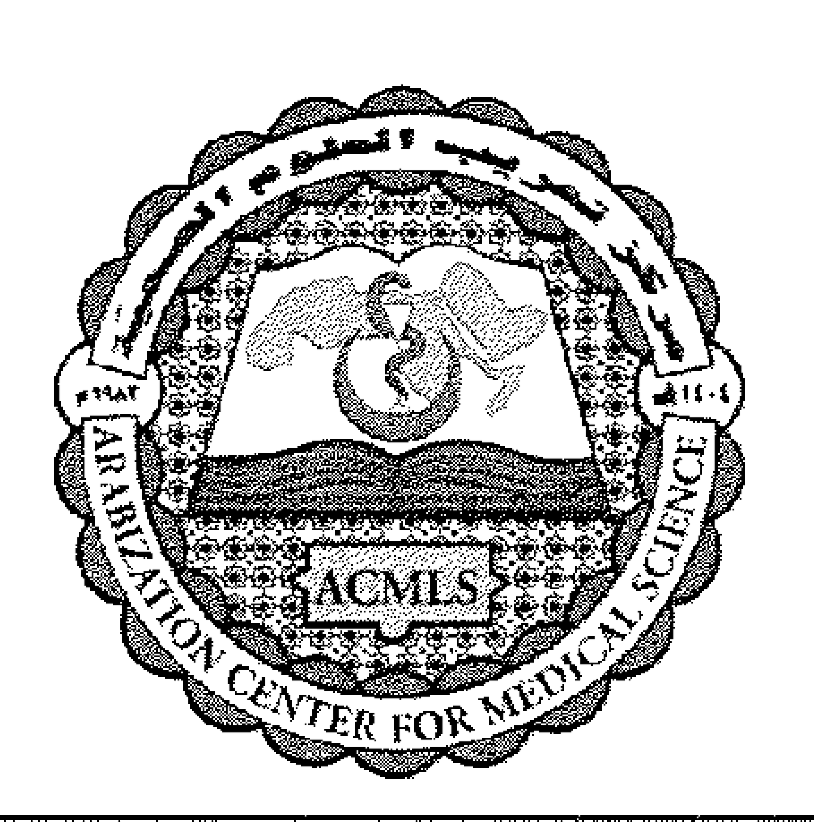
- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي .
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية .
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية .
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي .
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج .
- ترجمة البحوث الطبية إلى اللغة العربية .
- وضع المناهج الطبية باللغة العربية للاستفادة منها في كليات ومعاهد العلوم الطبية والصحية .

ويتكون المركز من مجلس أمناء حيث تشرف عليه أمانة عامة ، وقطاعات إدارية وفنية تقوم بشؤون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات ، كما يقوم المركز بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة المصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس ، والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية ، فضلاً عن إعداد المناهج الطبية وتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي .

مجلة تعريب الطب ـ مجلة طبية عربية ـ تصدر عن مركز تعريب العلوم الصحية بدولة الكويت (*ACMLS*).



تعريب الطب
Medical Arabization





العـــــدد 26
أكتـــوبر 2009

مجلة دورية تعنى بشؤون التعريب في الطب والصحة العامة تصدر عن مركز تعريب العلوم الصحية ـ الكويت

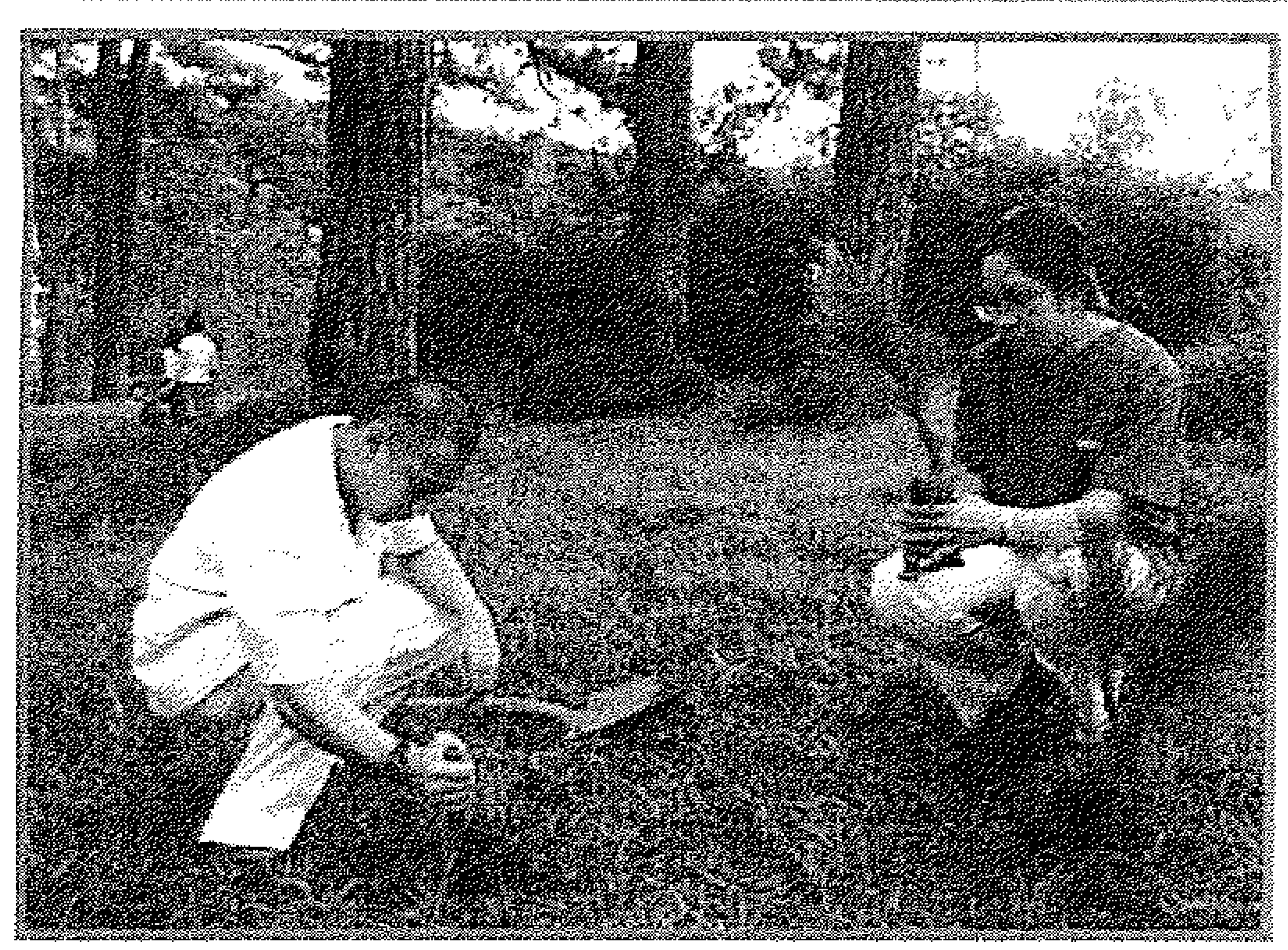
المحتويات

موضوع العدد

الأبـــواب الثابتـــة

متفـــرقـــات

ملـف العـــدد



الطبيب والمجتمع

المثلث الصحي

يتحمل الأطباء مسؤولية لتنوء بها الجبال ألا وهي صحة الأفراد. فهم ليسوا معنيين فقط بمعالجتهم بل تقع على عاتقهم مسؤولية الوقاية من الأمراض. فبالرغم من مشاركة المريض في المثلث الصحي (الطبيب، المريض، المرض)، إلا أن عبء النهوض بمستوى الخدمة الصحية يقع في مجمله على الطبيب.

ولأهمية محور الطبيب في الصرح الصحي تناولنا في ملف العدد علاقة الطبيب مع المجتمع. فالطبيب عضو فعال في المجتمع يعيش فيه ويتعامل معه ويؤثر في المجتمع ويتأثر به.

فعلاقة الطبيب مع المريض هي أساس ممارسة المهنة ويجب على الطبيب أن يكسب ثقة المريض حتى يمتثل المريض لأوامره ويجتنب نواهيه، ولن يتأتى ذلك إلا بالعلاقة الجيدة القائمة على الاحترام المتبادل بينهما.

كما أن للطبيب دوراً هاماً في الكشف عن الجرائم من خلال فرع الطب الشرعي والذي كثيراً ما ساهم في أن تأخذ العدالة مجراها وأن تساعد في القبض على المتهمين.

إلا أنه لوحظ في الآونة الأخيرة هجوم بعض العناصر على الأطباء في محاولة لتقويض صورة الطبيب في أعين الناس، وهو أمر قد يكون قاسياً على الأطباء، ولكنه بالدرجة الأولى أشد قسوة على المرضى الذين وثقوا بهؤلاء الأطباء ووضعوا أرواحهم بين أيديهم. فلطالما هاجمت بعض وسائل الإعلام الأطباء على أخطائهم حتى دون التأكد من صحة تلك المعلومات. نعم إن الطبيب إذا أخطأ فيما يتعلق بالأمور الفنية أو السلوكية فلا دفاع عنه، فإن سقطة الطبيب أقوى من سقطة غيره.

إن أي مجتمع يتطلع إلى التقدم والنهوض لابد له من التطور العلمي والتقني وذلك بأن يمثل لايقل عن (20٪) من أبنائه المهندسين والأطباء والعلماء والباحثين والمثقفين شريطة أن يتيح المجتمع لتلك النخبة البيئة المناسبة للتطور، وتتسم بالتقدير المادي والمعنوي لهم. فدول العالم اليوم تتنافس في سباق محموم على حشد المزيد من العقول المبتكرة والمنتجة في مجتمعاتها، حيث تمثل تلك العقول رأس المال الذي يمكن أن تتاجر به تلك الدول في سوق العلم والمعرفة.

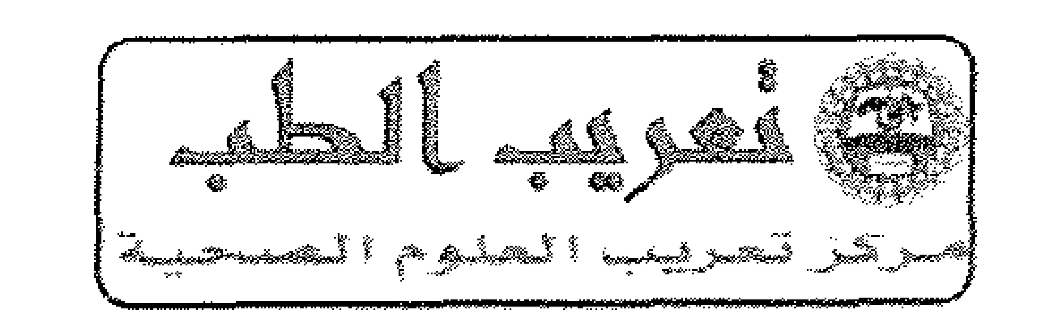
إن المجتمع الذي منح الطبيب تلك المكانة المتميزة والفريدة وغير المتاحة لغيره من أفراد المجتمع وذلك لشرف ونبل تلك المهنة، يُنتظر من الطبيب استخدام تلك المكانة لخدمة المريض والمجتمع في إطار تحكمه القيم والمبادئ والأخلاقيات السامية. فعلى الطبيب أن يسخّر جل إمكانياته العملية والعلمية لخدمة النهوض بالوضع الصحي لمجتمعه، مع الحذر من الانخراط في أية ممارسات غير أخلاقية قد تضر به وبالمجتمع، كذلك عليه أن يدرك المسؤولية الملقاة على عاتقه تجاه الموارد الصحية والبشرية والمادية واستخدامها بالطريقة المثلى.

وأخيراً، فإن الاطلاع على ضوابط وأخلاقيات مهنة الطب، يُعد أمراً هاماً للطبيب ليعرف آداب تلك المهنة وضوابطها وواجباته نحو المرضى وزملائه ومجتمعه بمختلف شرائحه.

«والله ولي التوفيق»

الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

رئيس التحرير



العــــــدد 26
أكتوبـــــر 2009

الصـــــرع

د. أحمد فرج*

الصرع هو حالة مرضية مزمنة تنتج من زيادة أو اختلال في النشاط الكهربي لخلايا الدماغ مما يؤدي إلى اضطراب مؤقت في وظيفة (أو عدة وظائف مجتمعة) من وظائف الدماغ لمدة مؤقتة تزول بعودة النشاط الكهربي في الدماغ إلى الوضع الطبيعي مع/ أو بدون اختلال في وعي المريض وتصرفاته. وهي حالة مؤقتة تزول دون إحداث أي تغيرات دماغية بعد زوالها.

الصرع مرض معروف منذ القدم وتسميته قديماً لها معانٍ وإيحاءات تعكس التفاسير القديمة لأسباب الصرع. فهو معروف باللغة اليونانية بالإيبيليبسيا (Epilepsia) وتعني يستولي على، باللغة الإنجليزية سيزر (Seizure)، وباللغة العربية (الصرع)، وجميع هذه المصطلحات توحي بخضوع الجسم تحت سيطرة شيء ما. فكان المعتقد أن المصاب قد مسته روح شريرة لذلك كانت طرق العلاج آنذاك تهدف إلى إخراج تلك الأرواح.

الوبائيات:

مرض الصرع من الأمراض الشائعة نسبياً، وتتراوح نسبة الانتشار في المجتمع ما بين (5-7) حالات في كل (1000) فرد، وبالرغم من أنه يُنظر للصرع على أنه من أمراض الطفولة ولكن من الممكن أن يحدث في أية مرحلة عمرية.

تعريف التشنجات والصرع:

لابد أولاً أن نفرق بين نوبة التشنج لمرة واحدة وبين نوبات التشنج المتكررة كعرض من أعراض الصرع. فحدوث نوبة تشنج واحدة في شخص ما لا يعني بالضرورة أن هذا الشخص يعاني من الصرع. فارتفاع درجة الحرارة يمكن أن يؤدي إلى حدوث نوبة تشنج واحدة ويعود الإنسان بعدها إلى طبيعته، أما الصرع فهو مرض مزمن يتميز باستعداد الدماغ لإنتاج شحنات مفاجئة من الطاقة الكهربية تؤثر على الأجهزة والأماكن الحساسة بالدماغ، وينتج عن ذلك اختلال في النشاط الكهربي الطبيعي وحدوث نوبات متكررة من التشنج.

سببيات الصرع

أ ـ مجهول السبب (Idiopathic): حيث لا يوجد سبب واضح للصرع، وتكون الفحوصات الجسدية والدماغية سليمة، يمثل 75٪ من حالات الصرع، وفي هذه الحالات تكون طبيعة بعض خلايا الدماغ ذات قابلية أو استعداد صرعي أكبر من المعدل الطبيعي دون وجود أسباب مرضية واضحة ومحددة.

* اختصاصي طب الأطفال ـ وزارة الصحة ـ دولة الكويت

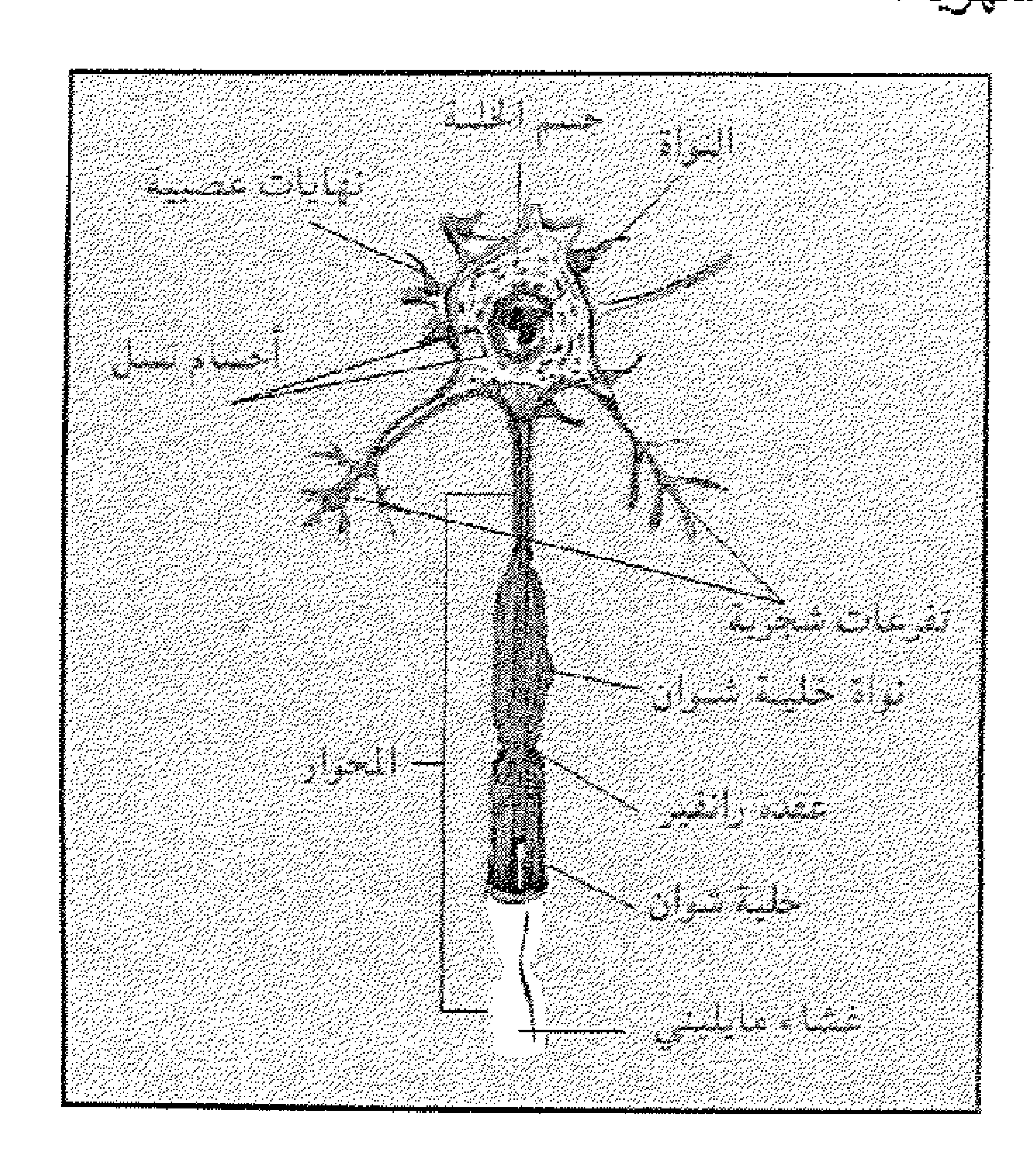


ب ـ سببيات مكتسبة (Acquired): تؤدي إلى تلف بعض خلايا الدماغ مسببة تندبها (Scaring) وبالتالي تؤثر على النشاط الكهربي للدماغ، تمثل 25٪ من حالات الصرع. ومن الممكن أن تكون هذه العوامل موجودة منذ الولادة، أو قد تحدث في سن متأخر ومن أهم هذه السببياب:

* الاعتلال الدماغي: الناتج عن إصابات تحدث للمواليد أثناء فترة الولادة أو بعد الولادة مباشرة مثل: نقص الأكسجين أثناء الولادة، نزيف داخل الدماغ، عيوب خلقية في أنسجة الدماغ، التهاب الدماغ أو السحايا.
* إصابات الرأس: مثل ارتجاج الدماغ مع فقدان وقتي للوعي، الإصابات الشديدة للرأس مع حدوث فقدان للوعي لمدد طويلة، وكذلك حدوث نزيف الدماغ.
* الالتهابات: مثل الالتهاب السحائي أو الدماغي أو حدوث خراج بالدماغ.
* التشوهات الخلقية في أنسجة الدماغ .
* أورام الدماغ: نادراً ما تكون سبباً للصرع.
* الإدمان: قد تحدث نوبات صرعيه في مرضى الإدمان إذا تعاطوا جرعات عالية من الكحوليات أو عند الأيام الأولى للتعاطي أو للانسحاب.
* التخلف العقلي
* الاضطرابات التنكسية في الجهاز العصبي (Neurode-generative diseases)، وهي تشمل العديد من الأمراض منها الأمراض الأيضية.
* التسمم: مثل التسمم المزمن بالرصاص.
* التشنج الحمي أثناء الطفولة: الأطفال الذين يعانون من نوبات تشنج حمي أثناء الطفولة تكون نسبة حدوث مرض الصرع عندهم أكبر من الأطفال الآخرين.
* العوامل الوراثية: نادراً ما ينشأ مرض الصرع من أسباب وراثية. وهناك بعض الحالات القليلة التي ترتبط فيها أنماط معينة من الموجات الكهربية للمخ بنوع معين من نوبات الصرع والتي تعتبر وراثية. فإذا كان أحد الوالدين مصابًا بهذا الصرع الوراثي، فإن إمكانية تعرض الطفل لمرض الصرع هو تقريبًا 1٪، أما إذا كان كلا الوالدين يعاني من الصرع الوراثي، فإن النسبة تزداد إلى 2.5٪.

وهناك عوامل تسبب حدوث النوبات التشنجية عند مرضى الصرع، فهي تخفض قدرة الدماغ على مقاومة حدوث التشنج، مثل:

* ارتفاع درجة الحرارة.
* عدم النوم أو النوم المتقطع أو الإرهاق.
* الإسراف في تناول الكحوليات أو المخدرات.
* التوترات النفسية أو الجسمانية.
* التعرض للضوء الساطع أوالمتقطع.
* الهرمونات: بعض السيدات التي يعانين من مرض الصرع قد يزداد معدل حدوث النوبات أثناء الدورة الشهرية.



الشكل رقم (1): الخلية العصبية

تشخيص حالات الصرع:

يعتمد الطبيب المعالج في التشخيص أساساً على التالي:

1 ـ التاريخ المرضي:

* الوصف التفصيلي للنوبات من قِبل الأقرباء أو الأصدقاء الذين شاهدوا حدوث النوبة (خصوصاً عند صغار السن) أو من المصاب البالغ نفسه إن لم تكن النوبة الصرعية قد سببت فقدان الوعي والتاريخ المرضي لهم لتحديد التالي:
* هل ما حدث هي نوبة تشنجية أم أعراض مشابهة للتشنجات.
* تصنيف النوبة الصرعية حسب وصفها جزئية (بسيطة أو معقدة) أو معممة.
* عمر المريض والعمر الذي بدأت فيه النوبات.
* الأدوية التي يتناولها المريض وجرعاتها.
* وجود تاريخ وراثي للمرض
* وجود أعراض أخرى تصيب الأجهزة المختلفة.
* وجود مشكلات صحية حدثت للطفل أثناء مرحلة ما قبل أو أثناء أو بعد الولادة مباشرة مثل الاختناقات أو الالتهابات الدماغية.
* التاريخ التطوري للمريض أثناء المراحل العمرية المختلفة وتطور أدائه الدراسي.
* المستوى الاجتماعي للمريض مما يحدد قدرة أسرته في المداومة على العلاج واحتمال تعرضه لمشكلات نفسية وسلوكية.

2 ـ الفحص الإكلينيكي للمريض:

* الوزن والطول مما يحدد نمو المريض ومحيط الرأس مما يعطي فكرة عن نمو الدماغ.
* وجود أية بقع جلدية تشير إلى بعض المتلازمات العصبية الجلدية التي يصاحبها الصرع بأنواع مختلفة.
* تقييم التطور العقلي للمريض لاستبعاد وجود تخلف عقلي كسبب أو نتيجة للتشنجات.
* ملاحظة وجود تشوهات خلقية ربما يفيد في الكشف عن بعض المتلازمات الوراثية.
* الفحص الدقيق للجهاز العصبي.
* فحص العين: لوجود بعض الأمراض تصيب العين والجهاز العصبي معاً.
* فحص البطن: حيث يشير تضخم الكبد والطحال إلى وجود مرض أيضي.

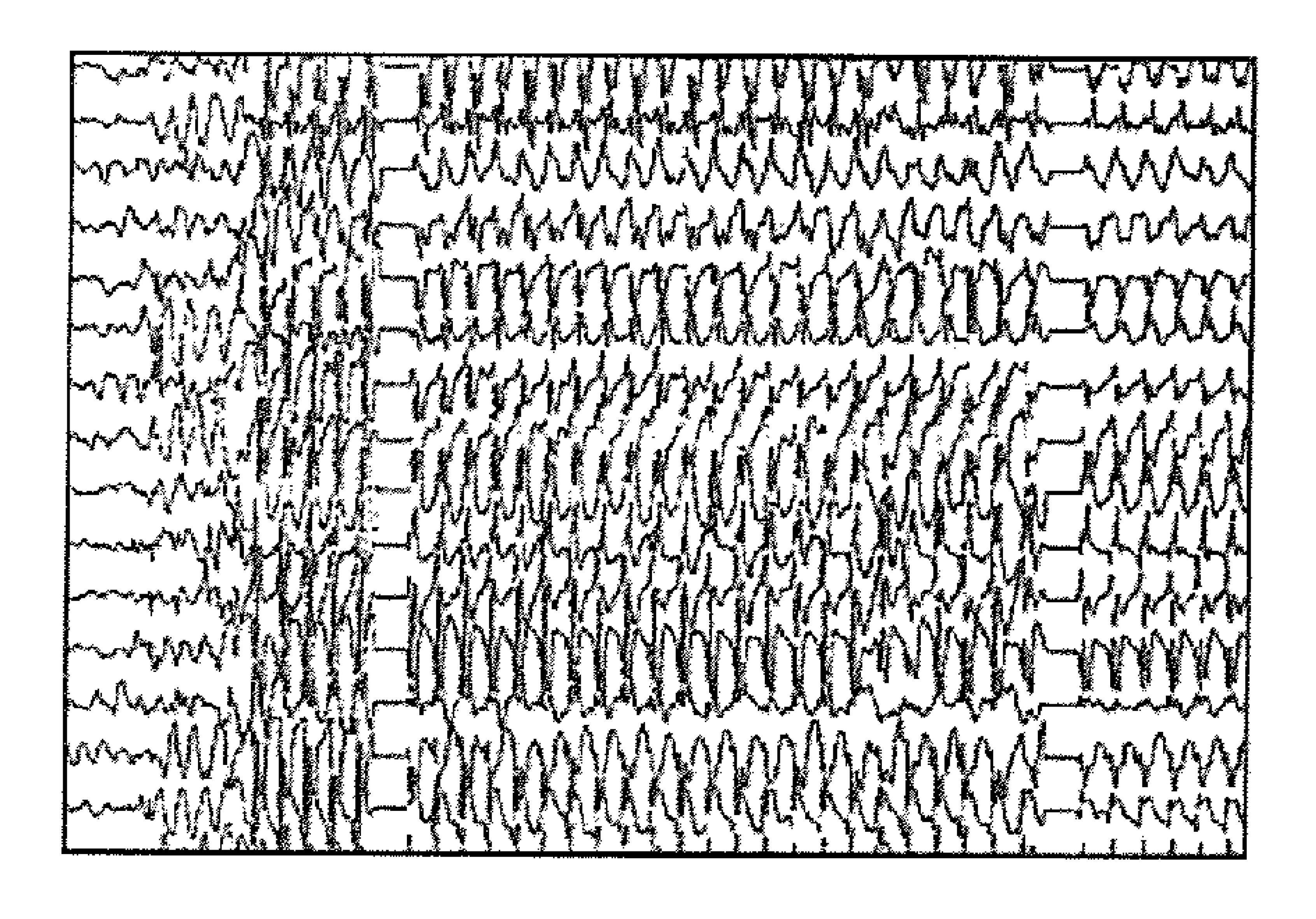
3 ـ تخطيط كهربية الدماغ:

هذا الاختبار لا يشخص أو ينفي حالة الصرع، ولكنه مفيد في تحديد نوع النوبات الصرعية مما يساهم في تحديد نوع العلاج. ويُعتبر حدوث تخطيط شاذ لكهربية الدماغ أثناء حدوث التشنجات تشخيصياً لمرض الصرع، ولكن حدوث التشنجات أثناء التخطيط أمر نادر الحدوث، وقد يكون تخطيط الدماغ طبيعياً في حوالي 40٪ من حالات الصرع، ولذا فإن عدم وجود أي شذوذات في التخطيط لا ينفي وجود المرض.



الشكل رقم (2): يبين كيفية عمل تخطيط كهربية الدماغ

وقد نلجأ إلى بعض العوامل التنشيطية مثل إغلاق العينين، الاستثارة بالضوء، وقلة النوم وغيرها. وهناك أيضاً طرق أخرى لتخطيط كهربية الدماغ مثل تخطيط كهربية الدماغ المطول مع التسجيل الصوتي والمرئي وهو يساعد في الحالات المعقدة ويساعد أيضاً في تصنيف أنواع الصرع. ومن المهم هنا أن ننتبه إلى عدم توقف العلاج الدوائي أثناء أو قبل التخطيط.



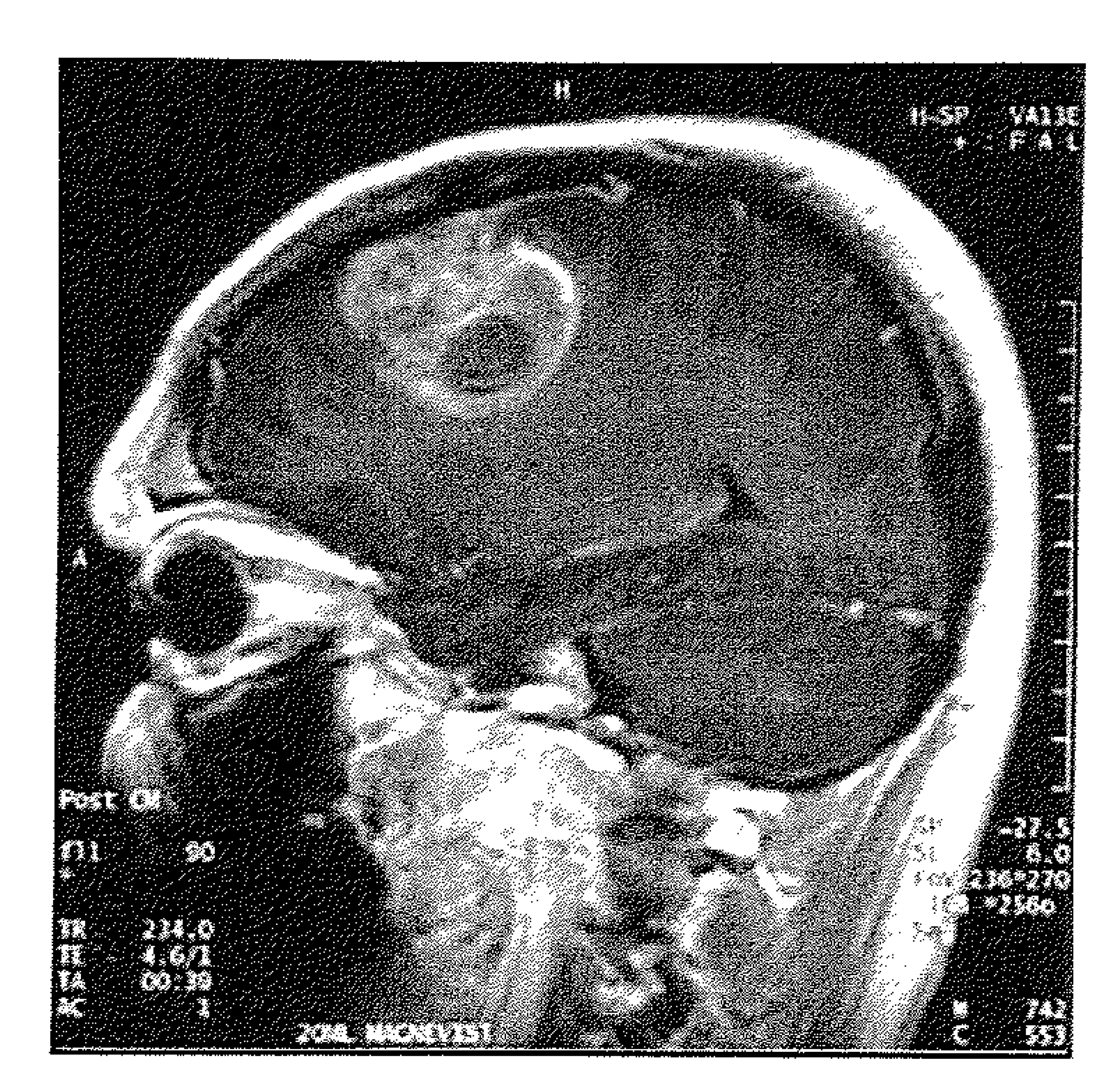
الشكل رقم (3): يبين نموذج لتخطيط الدماغ في حالة الصرع

4 ـ فحوصات مختبرية:

عادة يتم إجراء بعض الفحوصات لتقييم الوضع الصحي لحالة المريض قبل بدء العلاج. كما يتم عمل بعض الاختبارات المعملية لاستبعاد وجود الأمراض الأيضية والوراثية.

5 ـ فحص الدماغ بالأشعة:

كالتصوير بالتفرُّس المَقْطَعيّ المُحَوسَب (C.T.Scan) أو التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، قد يستعين بهما الطبيب المعالج للتأكد من عدم وجود سببيات مكتسبة كما بينا سابقاً.



الشكل رقم (4): أشعة تصوير بالرنين المغناطيسي تبين ورماً بالدماغ

تصنيف أنواع التشنجات والصرع:

من المهم تصنيف أنواع الصرع المختلفة لعدة أسباب أهمها محاولة معرفة سبب المرض ومآله واختيار العلاج المناسب، والتصنيف الأكثر انتشاراً هو التصنيف الإكلينيكي الذي يعتمد على علامات المرض بالإضافة إلى تخطيط كهربية الدماغ، هذا بالإضافة إلى تقييم النمو الذهني والعصبي للمريض، ومعرفة العمر الذي يبدأ عنده المرض. وربما يكون من الصعب ذلك لتشابه بعض الأنواع مع بعضها البعض.

ينقسم مرض الصرع حسب التصنيف الإكلينيكي إلى:

أ ـ النوبات الصرعية الجزئية (40٪ من حالات الصرع): وفيها يبقى النشاط الصرعي محدوداً بمركز أو أكثر من مراكز الدماغ دون أن يشمل الدماغ ككل. وتنقسم إلى:

1 ـ النوبات الصرعية الجزئية البسيطة (Simple partial seizure):

تتميز بأنها لا يصاحبها فقدان للوعي، وغالباً ما يكون المريض متيقظاً طوال فترة النوبة الصرعية، ومن الممكن أن

يتكلم أثناءها، وغالباً ما تستمر ما بين (10-20) ثانية، ومن الممكن أن تختلط علامات المرض مع العرات (Tics)، ويتم التشخيص الدقيق بتخطيط كهربية الدماغ الذي يُظهر موجات حادة أو حسكات (Sharp waves or spikes)، ومن الممكن أن تكون إما: حركية (Motor)، أو حسية (Sensory)، أو نفسية (Psychic)، أو مستقلة (Autonomic).

2 ـ النوبات الصرعية الجزئية المركبة (Complex partial seizure):

وهي مشابهة للنوبات الصرعية الجزئية البسيطة إلا أنها تتميز بمصاحبتها بفقدان للوعي، ويتميز هذا النوع بوجود أورة (Aura) قبل حدوث النوبات في صورة أحاسيس غريبة يشعر بها المريض ومن الممكن ألا يستطيع الطفل المصاب التعبير عنها، وتتميز أيضاً بحدوث سلوك تلقائي (Automatism) في صورة حركات غريبة للمصاب بعد حدوث النوبات يليها إغماءة أو نوم لمدة بسيطة.

3 ـ النوبات الصرعية الجزئية يليها نوبات صرعية متعممة ثانوية.

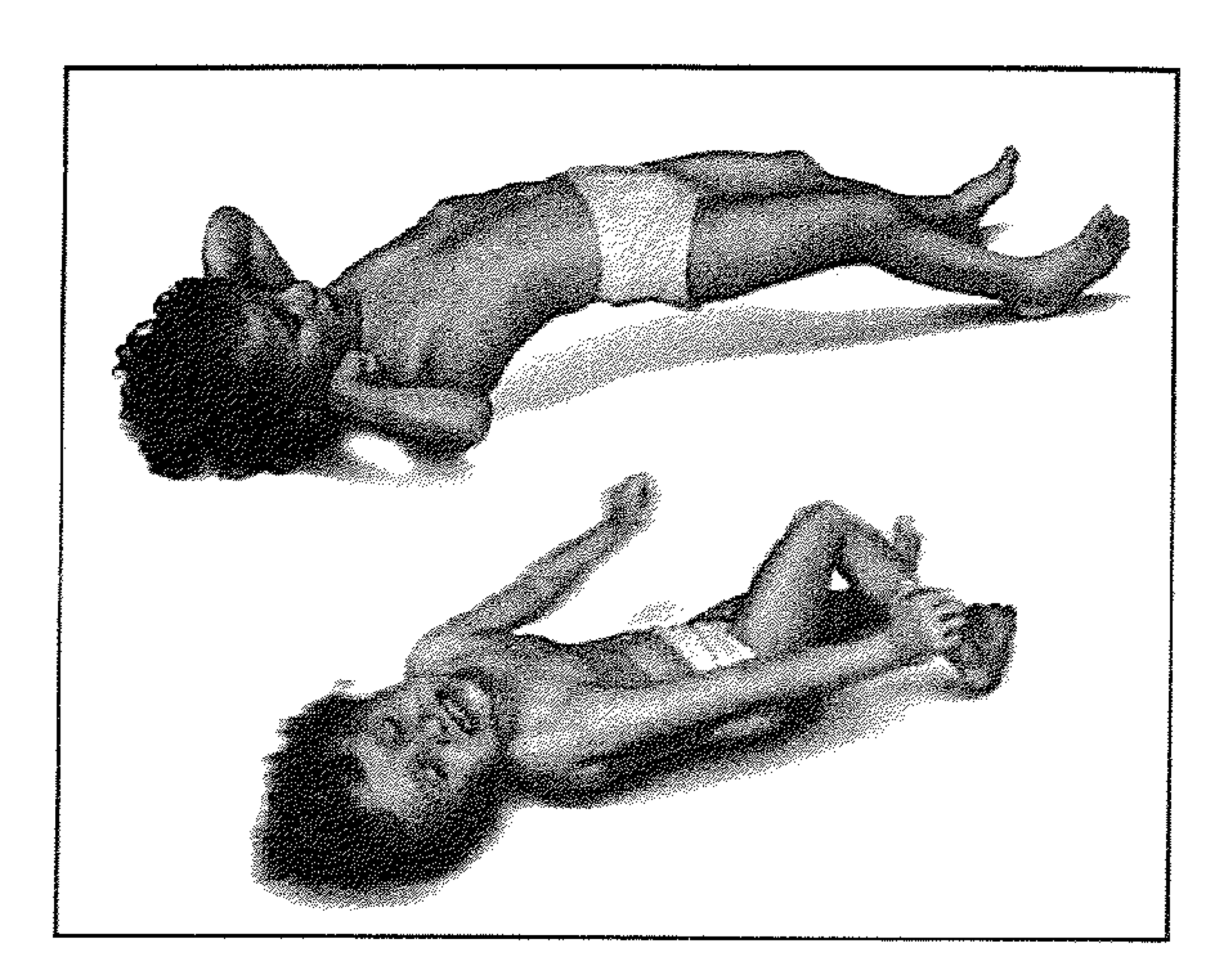
ب ـ النوبات الصرعية المتعممة (Generalized seizures): (60٪ من حالات الصرع)، وفيها ينتشر النشاط الصرعي ليشمل الدماغ ككل، ويفقد المصاب وعيه بالكامل وقد يصاحبها حدوث تبول لا إرادي مع زيادة إفرازات اللعاب (رغاوي الفم) وتشمل:

1 ـ نوبات صرعية مصحوبة بغَيْبَة (Absence seizures):

تتميز هذه النوبات الصرعية بتوقف مفاجئ للحركة والكلام مع تعبيرات وجهية، ومض الأجفان، ونادراً ما تستمر أكثر من 30 ثانية، ولا يسبقها أية أورة ولا يتبعها أي إغماءات وهذا ما يميزها عن التشنجات الجزئية المعقدة. غالباً تحدث بعد عمر 5 سنوات، وأكثر انتشاراً بين الفتيات، يعاني الأطفال المصابون من عدد قد لا يحصى من التشنجات يومياً، في حين أن التشنجات الجزئية المعقدة عادة ما تكون أقل تواتراً. وقد يعاني المرضى من سقوط الرأس قليلاً إلى الأمام. وفور ذهاب النوبة الصرعية يستعيد المريض وعيه ويستأنف نشاطه السابق للنوبة.

يمكن تشخيص هذه الحالة بالتنفس السريع لمدة (3-4) دقائق لتظهر بعدها النوبة، كما أن تخطيط كهربية الدماغ يُظهر عادة موجات حادة (3/ الثانية). ومن الممكن أن تكون النوبات معقدة بأن تصاحبها حركات عضلية تشنجية متكررة في الوجه والأصابع، أو الجسم، وأحياناً فقدان لاتزان الجسم.

2 ـ نوبات صرعية تَوَتُّرِيَّة رمعية متعممة (Generalized tonic clonic seizures): يمكن أن تبدأ كنوبات جزئية ثم تتحول إلى نوبات متعممة أو تبدأ كنوبات متعممة منذ البداية، ولابد أن يسبقها أورة (كما ذكرنا سابقاً)، والتي غالباً ما تشير إلى بؤرة المرض ثم تبدأ التشنجات بفقدان للوعي، أو ارتعاشة أو صرخة ثم يتبعها دوران للعينين إلى أعلى ثم تقلص توتري لكل عضلات الجسم مع توقف التنفس وزرقة يتبعها تقلصات رمعية متكررة للعضلات بالتناوب مع ارتخاء عضلي لمدة بضع دقائق، وقد يعض المريض على لسانه أو يصحبها تبول أو تبرز لاإرادي ثم يتوقف التشنج فجأة. وعادة ما يتبع ذلك دخول المريض في نوم عميق من 30 دقيقة إلى ساعتين أو رنح أو صداع حاد.



الشكل رقم (5): يبين مراحل النوبة
الصرعية التوترية الرمعية المتعممة

3 ـ صرع رمعي عضلي (Myoclonic epilepsy):

يتميز هذا النوع بتكرار النوبات التشنجية الوجيزة ثنائية الجانب مع فقدان الاتزان والسقوط إلى الأمام، مما قد يتسبب في إصابات بالوجه، وينقسم إلى عدة أنواع أهمها:

أ ـ رَمَع عَضَليّ حميد في سن الرضاعة (Benign Myoclonus of infancy): يبدأ خلال سن الرضاعة.

ب ـ الصرع الرمعي العضلي النمطي للطفولة المبكرة (Typical myoclonic epilepsy of early child-hood): تبدأ الأعراض من عمر 6 أشهر إلى 4 سنوات.

ج ـ الصرع الرمعي العضلي المعقد (Complex myoclonic epilepsy): تبدأ أعراض المرض غالباً منذ العام الأول من عمر الطفل، ويمكن أن يصاحبه أنواع أخرى من النوبات التشنجية.

د ـ الصرع الرمعي العضلي لليفع (Myoclonic epilepsy of adolescence) بدء الأعراض عادة بين سن (12-16) سنة.

هـ ـ الصرع الرمعي العضلي المترق (Progressive myoclonic epilepsy).

4 ـ تشنجات الرضع:

عادة ما تبدأ هذه التشنجات في عمر من (4-8) أشهر، وتتميز بانقباضات قصيرة ثنائية الجانب متماثلة في الرقبة والجذع والأطراف. وهناك ثلاثة أنواع من تشنجات الرضع: الثَّنْيَة، الامتدادية، والمختلطة (الأكثر شيوعاً)، وقد يستمر التشنج لدقائق، باستثناء فترات قصيرة بين كل نوبة. وقد يسبقها أو يليها صرخة. كما أنها يمكن أن تحدث خلال النوم أو الاستيقاظ. ويتميز تخطيط كهربية الدماغ بتغيرات مميزة تعرف باضْطِرَابُ النَّظْمِ المُتَرافِع (Hypsar-rhythmia). وتصنف هذه التقلصات إلى مجموعتين: إما بدون سبب 10-20٪ أو مصحوب بأعراض 80-90٪.

*** هناك أيضاً العديد من أنواع الصرع الأخرى نادرة الحدوث.

العلاج

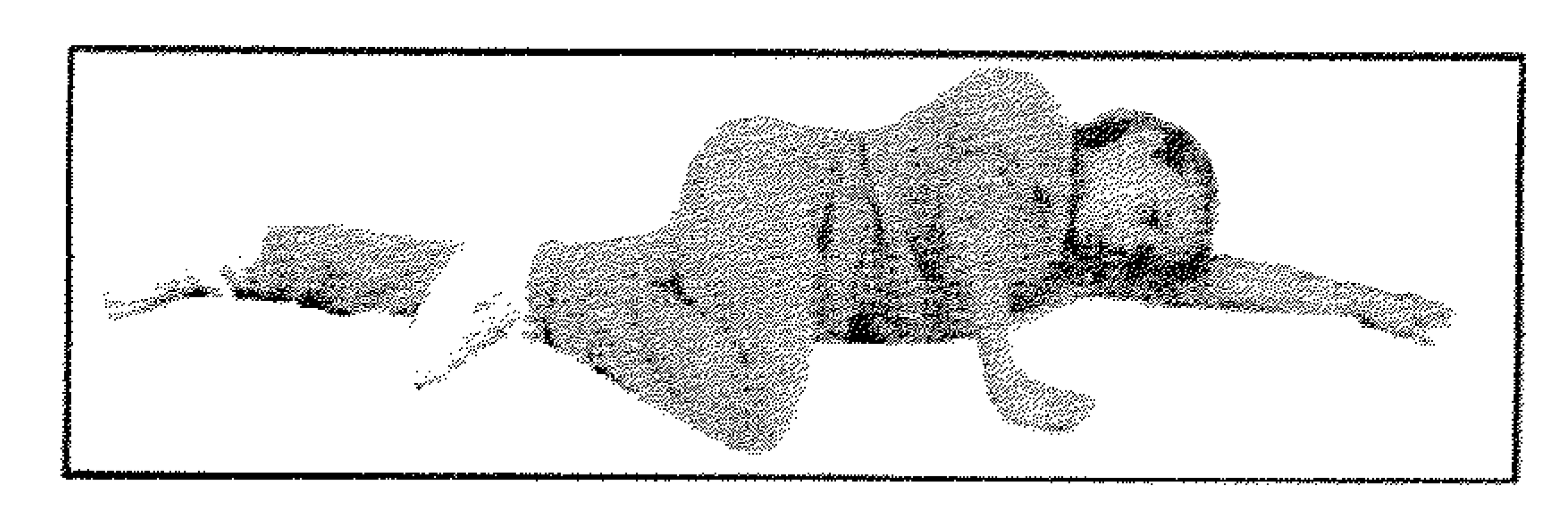
الخطوة الأولى في العلاج هو التأكد من حدوث النوبات الصرعية والتشخيص الجيد واستبعاد أي مرض من الممكن أن يكون متشابه مع الصرع، وغالباً ما يؤجل بدء العلاج إلى ما بعد حدوث النوبة التشنجية الثانية إذا ما كان الطفل لا يعاني من أية مشكلات صحية أخرى وإذا كان تخطيط كهربية الدماغ سليماً.

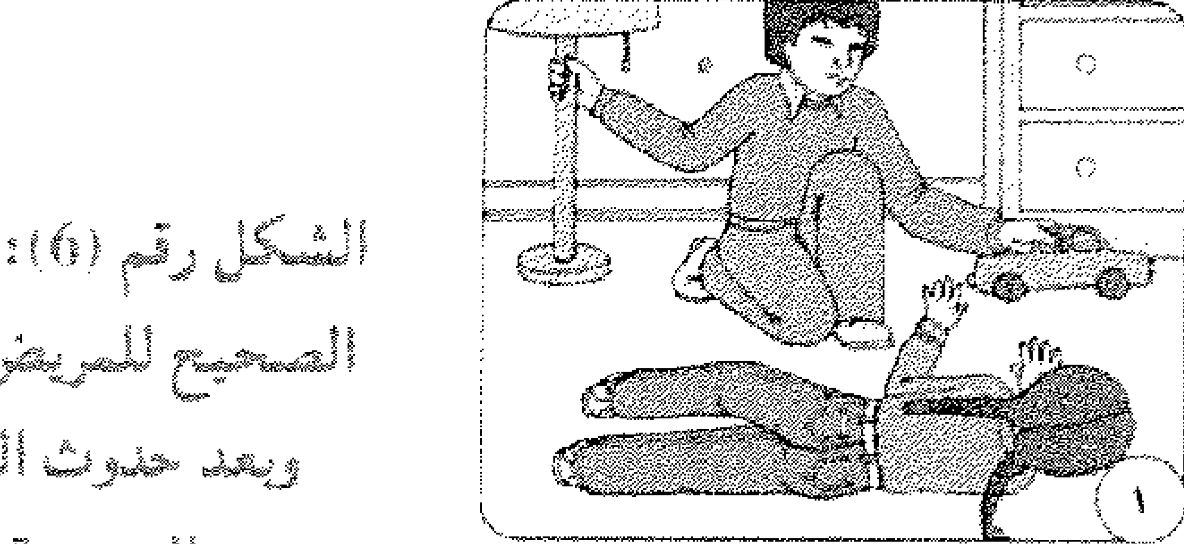
الخطوة الثانية في العلاج هي تحديد الدواء المناسب لحالة المريض والذي يعتمد على تصنيف نوع الصرع (كما تحدثنا سابقاً). ويكون دائماً الهدف استعمال أقل عدد من الأدوية مع عدم حدوث آثار جانبية للدواء المستخدم.

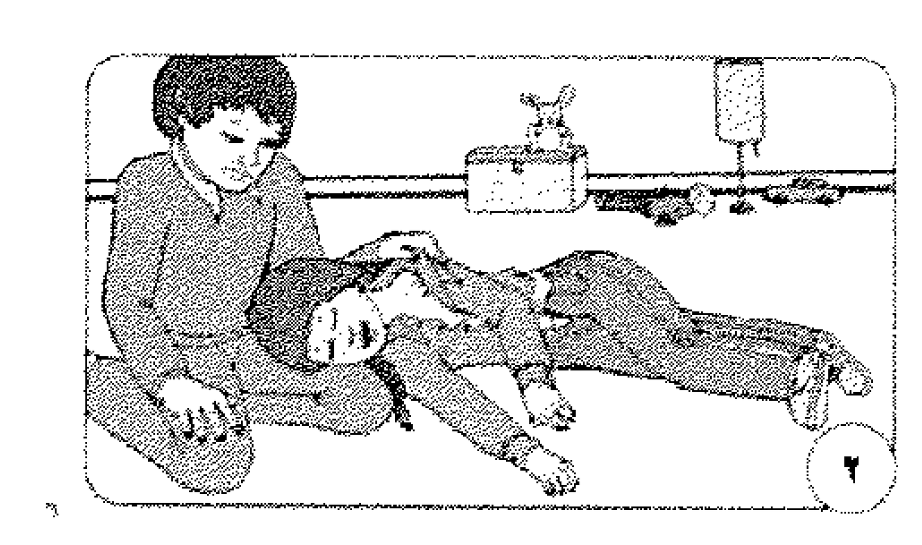
العلاج أثناء حدوث التشنجات:

هناك إرشادات عامة لأهل المريض أو المحيطين به عند حدوث النوبات الصرعية وهي تعتبر من الإسعافات الأولية التي يجب الأخذ بها:

* عدم منع الحركات العضلية حتى وإن كانت عنيفة.
* مد جسم المريض على الأرض أو في الفراش.
* وضع المريض على أحد جنبيه (الشكل 6). وجعل الرأس مائلاً قليلاً إلى الخلف للسماح للعاب بالخروج ولتمكينه من التنفس.
* فك الملابس الضيقة، وضع طرف ملعقة ملفوفة في منديل بين أسنانه.
* عدم إعطاء المريض أي نوع من العلاج عن طريق الفم ولكن يمكن إعطاؤه بعض الأدوية عن طريق الشرج (تحميلة) مثل دواء الديازبام أثناء النوبات.
* البقاء مع المريض حتى يستعيد وعيه بالكامل.
* تسجيل حالة المريض أثناء النوبة ومدة النوبة لأن ذلك مفيد للطبيب المعالج.
* يكون المريض بعد النوبة مرهقاً وخائفاً ولذا حاول أن تهدئ من روعه.
* في حالة استمرار نوبة التشنج لمدة أكثر من 5 دقائق ينبغي نقله إلى أقرب مركز صحي.







الشكل رقم (6): الوضع الصحيح للمريض أثناء وبعد حدوث النوبة الصرعية

عند وصول المريض إلى مركز الإسعافات أو المستشفى:

يبدأ تقييم أنظمة القلب والأوعية الدموية والجهاز التنفسي، ثم نقل المريض إلى غرفة الإفاقة أو العناية المركزة لعمل التالي؛ تأمين المسالك الهوائية ومتابعة النبض، درجة الحرارة والتنفس، ضغط الدم، وإزالة الإفرازات من الفم، تثبيت مدخل وريدي، إعطاء الأكسجين عن طريق القناع. وإذا كان المريض لا يستجيب فيجب مساعدته في التنفس بوضع أنبوبة حنجرية ووضعه على جهاز التنفس الصناعي. ويجب أيضاً قياس مستوى السكر في الدم فإذا كان منخفضاً يجب إعطاؤه جلوكوز بالوريد سريعاً. ويجب أخذ عينات من دم المريض لقياس مستوى كهارل الدم (الكالسيوم والصوديوم والمغنيسيوم)، وقياس مستوى أدوية التشنجات أو أي أدوية أخرى قد يكون المريض تناولها. ثم بدء العلاج الدوائي؛

* أدوية البنزوديازيبين (Lorazepam,Diazepam, Midazolam): يمكن أن تعطى من خلال الوريد أو عن طريق الشرج أو الأنف بالجرعة المناسبة لوزن المريض بحد أقصى ثلاث جرعات حتى لا تسبب توقف التنفس وهبوط ضغط الدم، أما إذا لم يستجب المريض بعد إعطاء جرعتين أو ثلاث يمكن الانتقال إلى الدواء التالي.
* فنيتوين (Phenytoin): بجرعة (15-30) ميلي جرام/كيلوجرام من وزن المريض خلال (20-30) دقيقة وريدياً. أما إذا لم تتوقف التشنجات يمكن استخدام الدواء التالي.
* فينوباربيتون (Phenobarbitone): يمكن استخدامه بديلاً عن الفنيتوين في الأطفال أقل من سنتين. ويعطى بجرعة (15-20) ميلي جرام/كيلوجرام من وزن الطفل خلال (20-30) دقيقة وريدياً.

** أما إذا لم تتوقف التشنجات بعد استخدام الأدوية الثلاثة يمكن استخدام عدة علاجات أخرى بعد نقل المريض إلى وحدة العناية المركزة مع وضع المريض على جهاز التنفس الصناعي ومراقبة مستمرة لتخطيط كهربية الدماغ مثل الضخ المستمر للديازيبام (Diazepam)، غيبوبة الفينوباربيتون، وأخيراً التخدير العام.

العلاج المزمن لمرضى الصرع

يجب أولاً معرفة أهداف العلاج وهي توقف النوبات الصرعية تماماً أو تخفيف عددها بأقل عدد ممكن من الأدوية مع تجنب الأثار الجانبية.

أ ـ العلاج الدوائي:

العلاج الدوائي هو الخيار الأول والأساسي، وهناك العديد من الأدوية المضادة للصرع. ويجب ملاحظة التالي:

* المرضى الذين يعانون أكثر من نوع من الصرع، قد يحتاجون لاستخدام أكثر من نوع من الأدوية للتحكم في المرض.
* لكي يؤدي الدواء تأثيره جيداً يجب أن تصل بمستوى الدواء في الدم لمستوى معين حتى يقوم بعمله بشكل مرضي، كما يجب أن نحافظ على هذا المستوى في الدم باستمرار دون تجاوزه حتى نتجنب الآثار الجانبية. ولذلك يجب الحرص على تناول الدواء بانتظام والالتزام الكامل بالجرعات والمواعيد المحددة.
* متابعة مستوى الدواء في الدم شهرياً ليس مهماً، إلا في بعض الظروف فقط مثل: بداية العلاج لمعرفة مستوى الدواء مناسباً لتوقف التشنجات أم لا، للمرضى غير المنتظمين في العلاج، في حالات التشنجات المستمرة المتكررة، أثناء البلوغ، المرضى الذين يتناولون العديد من الأدوية لتفاعل بعض الأدوية مع بعضها البعض، ظهور بعض أعراض تسمم الدواء.
* هناك اختلاف ما إذا كان من الضروري عمل بعض الفحوصات لوظائف الكبد والكلى وصورة الدم بطريقة منتظمة بعد بدء العلاج أم لا ولكن من الملاحظ أن معظم الآثار الجانبية للأدوية تظهر في الأشهر الثلاثة الأولى مما يستوجب عمل هذه الفحوصات شهرياً بشكل دوري خلال هذه الفترة ثم إجرائها على فترات ما بين (3-6) أشهر أثناء فترة العلاج.
* من الملاحظ أيضاً أن العديد من الأدوية قد يستلزم استمرارها من فترة الطفولة إلى ما بعد البلوغ وبعض هذه الأدوية لها تأثيرات ضارة على الأجنة مسبباً تشوهات خلقية مما يجب أن يؤخذ في الاعتبار.
* يجب أن يستمر تناول هذه الأدوية لمدة سنتين على الأقل بعد توقف النوبات الصرعية تماماً في حالة عدم وجود أحد عوامل الاختطار مثل:
  * عمر المريض أكثر من 12 سنة عند حدوث المرض.
  * وجود أي مرض عضوي أو عصبي مثل التخلف العقلي أو الاعتلال الدماغي.
  * بدء حدوث النوبات الصرعية في الشهر الأول بعد الولادة.

الأدوية المستخدمة:

1 ـ كاربامازابين (Carbamazepine): يستخدم هذا الدواء غالباً في علاج النوبات الصرعية الجزئية ومن الممكن في علاج النوبات الصرعية المتعممة. ومن أثاره الجانبية: تقليل عدد كريات الدم البيضاء، اضطرابات اختبارات وظائف الكبد، تخفيض نسبة الصوديوم في الدم.

2 ـ فينوباربيتون (Phenobarbitone): غالباً يستخدم في علاج النوبات الصرعية الجزئية والمتعممة في الأطفال أقل من سنتين في العمر. ومن أثاره الجانية:



الخمول، عدم التركيز، زيادة فترات النوم، متلازمة ستيفان جونسون.

3 ـ ڤالبورات (Valporates): يستخدم في علاج تشنجات النوبات الصرعية المتعممة ومعظم أنواع التشنجات بعد سنتين من العمر. ومن آثاره الجانبية: زيادة الوزن، التسمم الكبدي، فقدان الشعر، القيء، فقدان الشهية، الخمول.

4 ـ فينيتوين (Phenytoin): يستخدم في علاج النوبات الصرعية المتعممة والجزئية. ومن آثاره الجانبية: فرط التشعر، الرنح، طفح جلدي، متلازمة ستيفين جونسون، تورم اللثة (قل استخدام هذا الدواء كثيراً بسبب آثاره الجانبية).

5 ـ توبيرامات (Topiramate): يستخدم كعلاج إضافي لحالات الصرع التي لم تستجب للعلاج بدواء واحد خاصة التشنجات الجزئية المعقدة. ومن آثاره الجانبية: الإرهاق، تثبيط النشاطات الذهنية.

6 ـ كلوبازام (Clobazam): يستخدم كعلاج إضافي لحالات الصرع التي لم تستجب للعلاج بدواء واحد. ومن آثاره الجانبية: زيادة الوزن، الرنح، اضطرابات سلوكية.

7 ـ كلونازيبام (Clonazepam): يستخدم في علاج تشنجات الصرع الجزئية، تشنجات الرضع، الصرع الرمعي. ومن آثاره الجانبية: الرنح، تهيج، اضطرابات سلوكية، اكتئاب، فرط اللعاب. يستخدم كعلاج إضافي لحالات الصرع التي لم تستجب للعلاج بدواء واحد.

8 ـ الهرمون الموجه لقشر الكظر (ACTH): الدواء المفضل للعلاج من تشنجات الرضع، كما يستخدم أيضاً دواء البريدنيزون (Prednisone) بنفس القدر من الفعالية. ويمكن زيادة الجرعات إلى درجات عالية إذا لم يستجب المريض.

الآثار الجانبية: فرط سكر الدم وفرط ضغط الدم، اضطرابات معدية معوية، نقص المناعة. ويستجيب حوالي 70٪ من مرضى تقلصات الرضع في غضون بضعة أسابيع من العلاج، ولكن يتعرض ثلث المرضى إلى انتكاسة عند توقف الدواء.

** هناك أيضاً عدد آخر من الأدوية الأخرى التي تستخدم في علاج الصرع الذي لا يستجيب للأدوية السابقة.

ب ـ العلاج الغذائي لمرض الصرع:

عن طريق نوع من الغذاء يسمى الغذاء الكيتوني، يشتق معظم سعراته الحرارية من الدهون مع انخفاض نسبة السكريات والبروتينات في الغذاء، وهذا النوع من العلاج يحتاج إلى نظام غذائي دقيق وصارم، ويكون غالباً مناسب للأطفال أقل من سنتين في العمر حيث يمكن التحكم في تغذيتهم.

وبالرغم من أن هذا النوع من النظام الغذائي لا يعتبر من الخطوط الأولى في العلاج إلا أنه قد يكون مفيد جداً في بعض الحالات التي لا تستجيب للعلاج الدوائي أو الحالات التي لا تتحمل الآثار الجانبية لهذه العقاقير.

ج. العلاج الجراحي:

يستخدم في حالات معينة مثلاً؛

1 ـ الصرع الناتج عن أورام دماغية أو تجمعات دموية.

2 ـ الصرع الناتج عن بؤرة محددة وواضحة على الأشعة المغناطيسية والفحوصات الأخرى وغالباً لا يستجيب المريض للعلاج الدوائي.

د. العلاج باستثارة العصب العاشر:

بآلة خاصة تُزرع داخل الجسم لاستثارة العصب العاشر في الناحية اليسرى، وهذه الطريقة من العلاج ما زالت تحت

البحث ويمكن أن تساعد في الحالات التي لا تستجيب للعلاج الدوائي.

مشكلات أثناء العلاج:

1 ـ الأعراض الجانبية للأدوية كما ذكر سابقاً.

2 ـ استمرار نوبات الصرع بالرغم من الانتظام في العلاج: هذا لا يعني أن العلاج غير مُجدي، فقد يكون السبب؛ جرعة الدواء غير مناسبة، عدم الانتظام في العلاج، رفض الطفل تناول العلاج، حدوث نوبات قيء أو إسهال للطفل مما يؤدي إلى عدم امتصاص الدواء من الأمعاء، الدواء المستخدم للعلاج غير مناسب للحالة المرضية.

3 ـ رفض تناول العلاج من قِبَل المصاب: بسبب الإحراج والضيق من الاستمرار في العلاج، أو الخوف من الآثار الجانبية للأدوية المستخدمة، وغالباً ما يكون ذلك في سن المراهقة. وعلاج هذه المشكلة يكون بالجلوس مع المريض والتحدث معه، ومن الممكن استخدام أسلوب المكافآت إذا انتظم الطفل في تناول العلاج.

فترة العلاج:

غالباً ما يوصى باستمرار تناول العلاج الدوائي حتى تتوقف النوبات تماماً لمدة سنتين وقد تستمر الفترة إلى 5 سنوات. وفي بعض الظروف يوصى باستمرار العلاج لمدد طويلة مثل بعض الحالات الخاصة (مثل نوبات الصرع المعي العضلي) التي تحتاج للعلاج لفترات طويلة.

ومن المهم أن نذكر أن توقف العلاج الدوائي لابد أن يكون بطريقة تدريجية. وإذا ظهرت أية علامات منذرة بقرب حدوث نوبات صرعية جديدة فإنه يجب العودة لاستخدام الدواء فوراً، وتكون فرصة حدوث نوبات صرعية في أعلى معدلاتها في السنة الأولى عقب التوقف عن العلاج.

مآل المرض:

غالباً ما يتحسن المريض وتتوقف النوبات الصرعية في حوالي 85٪ من الحالات (60٪ لا تعاودهم النوبات مرة أخرى، 25٪ يمكن أن تعاودهم النوبات)، أما 15٪ لا يستجيبون، وقد يستمر الصرع مدى الحياة. ومن المؤشرات الجيدة لتحسن المريض؛ قلة تكرار النوبات وحدوثها على فترات متباعدة، الاستجابة للعلاج بأقل أدوية ممكنة، تخطيط كهربية الدماغ والأشعة التشخيصية طبيعية، عدم وجود أي إصابات في الدماغ.

الخاتمة

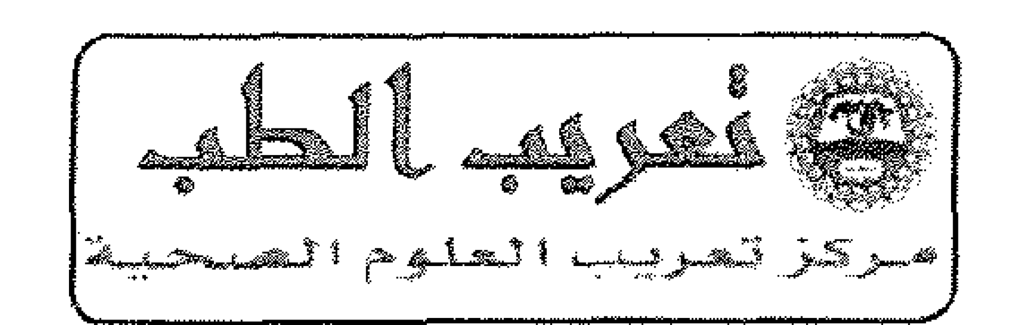
عن عطاء بن أبي رباح قال: قال لي ابن عباس: ألا أريك امرأة من أهل الجنة؟ قلت: بلى، قال: هذه المرأة السوداء أتت النبي فقالت: إني أصرع وإني أتكشف، فادع الله لي، فقال: «إن شئت صبرت ولك الجنة. وإن شئت دعوت الله لك أن يعافيك» فقالت: أصبر. قالت: فإني أتكشف، فادع الله أن لا أتكشف، فدعا لها.

الصرع مرض مزمن قابل للعلاج وفي الكثير من الأحيان تنتهي النوبات الصرعية في الكبر، ولكنه من الممكن أن يؤثر على النواحي الطبية والعاطفية والاجتماعية والنفسية للمريض، ولذا يجب الصبر عليه والالتزام الكامل بالعلاج.

** References*

- *Michael VJ (2008): Seizures in childhood. In Behrman RE, Kleigman RM & Jensen HB. Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed., Saunders, Philadelphia, P 1993.*
- *Shinnar S and Pellock JM (2002): Update on epidemiology and prognosis of pediatric epilepsy. J. Child. Neurol., 17: S54.*
- *Wong M, Schlaggar BL and Landte M (2006): Postictal cerebrospinal fluid abnormalities in children. J. Pediatri., 138.*





العـــــــدد 26
أكـــتـــوبـــر 2009

العيش مع المرض المزمن

د. يعقوب أحمد الشراح *

الطب الاجتماعي (Social Medicine) أصبح اليوم فرعاً من فروع العلوم الطبية المهمة، وله مكانة وأهمية بالغة في السياسات والبرامج الطبية والصحية. فمن المعلوم أن الجهود تجاه العناية بالصحة والمرض لا تُستكمل دون الاعتراف بأن الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية لهما تأثيرات كبيرة على أنماط الأمراض ومعدلات الوفاة (Death Rates)، وهناك مصادر واسعة تاريخية ووطنية واجتماعية، قدمت براهين عن العلاقة بين الأمراض والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية.

الأمراض المزمنة مثلما لها تأثيرات صحية بالغة الخطورة كذلك لها انعكاسات اجتماعية ونفسية وثقافية واقتصادية لا يمكن التقليل من أهميـة دراستـها والعناية بها. فانعكاسات الأمراض المزمنة (Chronic Diseases) تتجاوز تلك التي تصيب المريض نفسه لتتعدى حدود تأثيرات المرض على البدن والعقل فتصل أيضاً إلى معاناة تمس أسرة المريض وأقرباءه وزملاءه، وحتى الذين يقدمون له الخدمات والمساعدة..

لذلك لابد من الإلمام أو معرفة الأمراض والتطورات التي تحدث لها، خصوصاً ظهور أمراض جديدة نتيجة التغير في طرق معيشة الإنسان، واستخداماته للتقنيات الجديدة، وانتقال المجتمعات من الاعتماد الكلي على الزراعة إلى الصناعة، وتأثيرات ثورة المعلومات والصناعات التي لها مشكلات كثيرة على الصحة العامة. ففي عصرنا الصناعي الحالي نجد أن المشكلات الرئيسية التي يواجهها العالم هي الأمراض المزمنة مثل تصلب المفصل (Arthrosclerosis) أو الحالة التشريحية المرضية التي تبين قساوة وصعوبة في حركة المفصل تنتج عن تكثف وتثخن النسيج بسبب التهابي أو تنكسي، والسكري (Diabetes)، والفصال العظمي (Osteoarthritis) أو المرض الذي يصيب العظام في المناطق المفصلية بسبب تنكس، ويسمى أيضاً داء المفاصل التنكسي (Degenerative joint disease).

هذه الأمراض المزمنة وغيرها لها عوامل اختطار كثيرة، وليس لها سبب واحد فقط فالمرض يبدأ ثم يتطور حتى يصل إلى الحالة المزمنة، كما أن كل المجتمعات النامية والمعاصرة تعاني منها. لكن أشد البلدان فقراً هي أشدها تأثراً. لذلك فالاستجابة العالمية للأمراض المزمنة غير كافية، خصوصاً وأن الخطر يتعاظم، والتقديرات الإحصائية لهذا الخطر تشير إلى أن عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة خلال السنوات العشر القادمة ستزداد بنسبة (17٪). الدول الصناعية على وجه الخصوص تشغلها قضايا الأمراض المزمنة، وكذلك الدول التي تعيش مرحلة التغيرات الصناعية

* الأمين العام المساعد ـ مركز تعريب العلوم الصحية ـ دولة الكويت



والاجتماعية رغم التباين في نوع الأمراض وانتشارها بين دولة وأخرى. فاليابان مثلاً لديها نسبة منخفضة لمرضى القلب مقارنة بالمجتمعات الصناعية، ومع ذلك فإن اليابان لديها أيضاً مستوى عالٍ من الذين لديهم سرطان المعدة مقارنة مثلاً بأمريكا.

الدارس للأمراض المزمنة يلاحظ أنه منذ السبعينيات تزايد اهتمام العاملين في ميادين العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية بالقضايا ذات العلاقة بالمرض المزمن (Chronic illness) الذي يعكس الإعاقة والعجز والاضطراب الذي يعانيه المريض. ولقد ظهر هذا الاهتمام الكبير بالمرض بعد أن ركزت دراسات كثيرة على العوامل النفسية ودورها في عمليات إعادة تأهيل المرضى (Rehabilitation) ومساعدتهم على تخطي العقبات التي كانوا يعانون منها. وفي السبعينيات أيضاً بُذلت جهود واضحة في وضع وتطوير مقاييس مناسبة للمرض المزمن ساعدت على تحديد انتشاره ودرجته من الناحية الصحية والنفسية والاجتماعية، وحتى في تشخيص تداعياته النفسية والاجتماعية ليس فقط على المريض نفسه، وإنما على أهله ومعارفه والذين يقدمون الخدمات له.

لكن فترة الثمانينيات عكست الاهتمام بشكل خاص على أنماط التجارب الإنسانية مع المرض وطرق التعايش معه بمرور الزمن. ففي هذه الفترة ركزت الدراسات على وصف الحالات التفصيلية التي يمر فيها المريض وأفراد أسرته وسلوكه وتعايشه مع المرض الذي يلازم المريض فترة زمنية طويلة يعاني فيها العجز وضعف القدرة، ويتسبب المرض في معاناة ذويه وأقاربه وزملائه. فهل هناك إجراءات فاعله أمام الحاجة إلى التعامل السليم مع المرض المزمن؟ وكيف يمكن تغيير الاتجاهات عند المريض وأسرته لتقبل الواقع والتعايش معه وذلك بتغيير المعتقدات والقيم والتدرب على كل ما يقلل من المعاناة؟ لاشك أن كل الذين لديهم اختلالات أو اضطرابات مزمنة وعجزية (Chronic disability disorders) هم بأمس الحاجة إلى الدعم والعلاج في إطار الخدمات الصحية والاجتماعية والنفسية، فالجانب الاجتماعي للتعامل مع المرض المزمن لا يقل أهمية مقارنة بالعلاج الطبي.

لقد وُجد أن الإعاقة المزمنة التي تعطل الإنسان عن القيام بواجباته ونشاطاته الاعتيادية هي من الأسباب الرئيسية للوفيات في المجتمعات الصناعية مقارنة بالأمراض المعدية الحادة (Acute infectious diseases)، بل إن الأمراض المزمنة تشكل تحدياً كبيراً بنظام الرعاية الصحية، وحتى تلك الأمراض المزمنة التي لا تُصنّف على أنها قاتلة أو كارثة على صحة المريض إلا أنها تشكّل معاناة كبيرة لأفراد أسرة المريض.

لقد أشار ڤيربرج وجت (Verbrugg & Jette) عام 1994 في دراسة قيمة عن المرض المزمن أن «الناس في الغالب تقاوم وتعيش بدل أن تموت بسبب الحالات الصحية المزمنة». فالاستشارات في حقل الطب والمخصصة للجوانب الاجتماعية والنفسية والمشكلات الحياتية الناجمة عن المرض المزمن لها أهمية بالغة وتزداد بنسبة مرتفعة مع تقادم الزمن مما يعني أن الحاجة إلى حدوث تحولات أساسية في الممارسات الطبية، وذلك بالانتقال من مفهوم العلاج (Cure) إلى التركيز على العناية (Care). لاشك أن الاهتمام بالمرض المزمن وإن كان له أسباب صحية واجتماعية ونفسية، كذلك من أسباب العناية به ارتفاع التكاليف المالية بسبب تنوع وانتشار الخدمات الحكومية الموجهة للاختلالات والإعاقات المختلفة عند الناس.

دول كثيرة شنت قوانين للأمراض المزمنة تلزم السلطات المحلية التعامل الحكيم مع المرضى الذين يعانون الاعتلالات المزمنة، ليس فقط على الجانب الصحي، وإنما أيضاً العلاقة بالأبعاد الاجتماعية والثقافية والنفسية والقيمية والروحية. فمن هذه الدول بريطانيا مثلاً في السبعينيات وضعت «قانون الإعاقة والمرض المزمن» الذي يحدد أنواع الإعاقات

عند الناس، ولتشخيص احتياجاتهم يلزم تزويدهم بالخدمات المناسبة، وسهولة الاتصال بهم، بل إن بريطانيا في عام 1974 عينت وزيراً للإعاقة حددت له مهام ومسؤوليات تخص الحالات العجزية والإعاقية التي ينبغي التعامل معها في إطار المسؤوليات والقانون.

ومع تنامي سبل التعامل مع الإعاقة والمرض المزمن حدث تطور آخر سُمي «الحركة الموجهة نحو العجز والإعاقة» وهي حركة سياسية واجتماعية تقودها كتل تمارس نشاطات سياسية في بريطانيا ظهرت نتيجة تنامي الوعي "Awareness" تجاه احتياجات المرضى وأولوياتهم. هذه الجماعات أو الكتل السياسية انصب نشاطها على توفير الخدمات للمرضى، وتعزيز قيم الاعتماد على الذات، أو المساعدة الذاتية (Self-Help) للمعاقين، خصوصاً في الجوانب النفسية والاجتماعية. فتنمية مهارات الاعتماد على الذات عند المعاقين تجعلهم أكثر اعتزازاً بأنفسهم بدل فرض أشياء عليهم من قِبَل المختصين أو العاملين في ميدان مساعدة المعاقين والعاجزين.

لكن السؤال الذي لا تخلو إجابته عن تباين في وجهة نظر المختصين بالإعاقة والأطباء والعاملين في ميدان العلوم الاجتماعية والنفسية هو ما المقصود بالمرض المزمن، خاصة وأنه يشمل حالات كثيرة تؤثر غالباً في أنظمة الجسد؟ المرض المزمن هو ذلك المرض الذي يؤثر بدرجة عالية في الجسد والدماغ. فالسرطان، والسكتة الدماغية، وأمراض الكلية الحادة، والشلل (Poliomyelitis)، والتصلب المتعدد (Multiple Sclerosis) والصدفية (Psoriasis)، والصرع (Epilepsy)، والتهاب المفاصل الروماتويدى (Rheumatoid Arthritis)، ومرض صعوبات التنفس المزمنة هي بعض الأمثلة. والمرض المزمن من خواصه البارزة والسائدة أنه يمتد لفترة زمنية طويلة، وله تأثيرات كبيرة على حياة الذين يعانون منه.

بعض الأمراض المزمنة مميتة، وبعضها الآخر ليست كذلك، بعضها مستقرة مع قدر من التكهن بالاتجاه المحتمل للمرض، والبعض الآخر لها تغيرات قد تظهر يوماً بعد يوم أو في نتائجها الآجلة. وفي الغالبية من الحالات يحدث التدخل الطبي بهدف تخفيف الألم أو التلطيف لأن في ذلك سيطرة وضبط للأعراض المرضية، لكن يستعصى إيجاد العلاج.

هناك أبعاد للمرض المزمن يتأثر بها المريض وذويه وأسرته خارج حدود الأزمة التي يحاول الطب أن يتعامل معها، لكن كيف يعيش الإنسان الذي يعاني من المرض المزمن مع مرضه؟ هذه الأبعاد هي التي تتمثل في الشعور الاجتماعي والنفسي، وبنظرة المجتمع للمريض، وبنظرة المريض لذاته، ولمستوى آماله وتطلعاته.

لاشك أن الإعاقة المزمنة ترتبط بأسبابها وبأعراضها والتي تشكل الخاصية المختلفة لكل مرض يتصف بالحالة المزمنة. لذلك فإن كل مرض يعتبر مزمناً يتميز عن غيره بنوعية الاعتلال ودرجته. فالشخص الذي لديه مرض التهاب المفاصل أو الالتهاب بسبب الروماتزم مثلاً ينبغي أن يتكيف مع الألم المزمن (Chronic pain) تماماً كالذي يعاني من مرض تنفسي (Respiratory disease) يعيش مع حالة صعوبة التنفس، والاختلال في حصوله على الأكسجين. كذلك نجد الشخص الذي لديه فشل كلوي مزمن يحاول أن يتكيف مع متطلبات استخدام جهاز الديال (Dialysis machine). وبعبارات أخرى يمكن القول إن المشكلات عند الناس الذين لديهم الأمراض المزمنة عادة تصبح عامة من حيث التكيف معها وإقرار واقعها بغض النظر عن طبيعة الأمراض المزمنة واختلاف حالاتها.

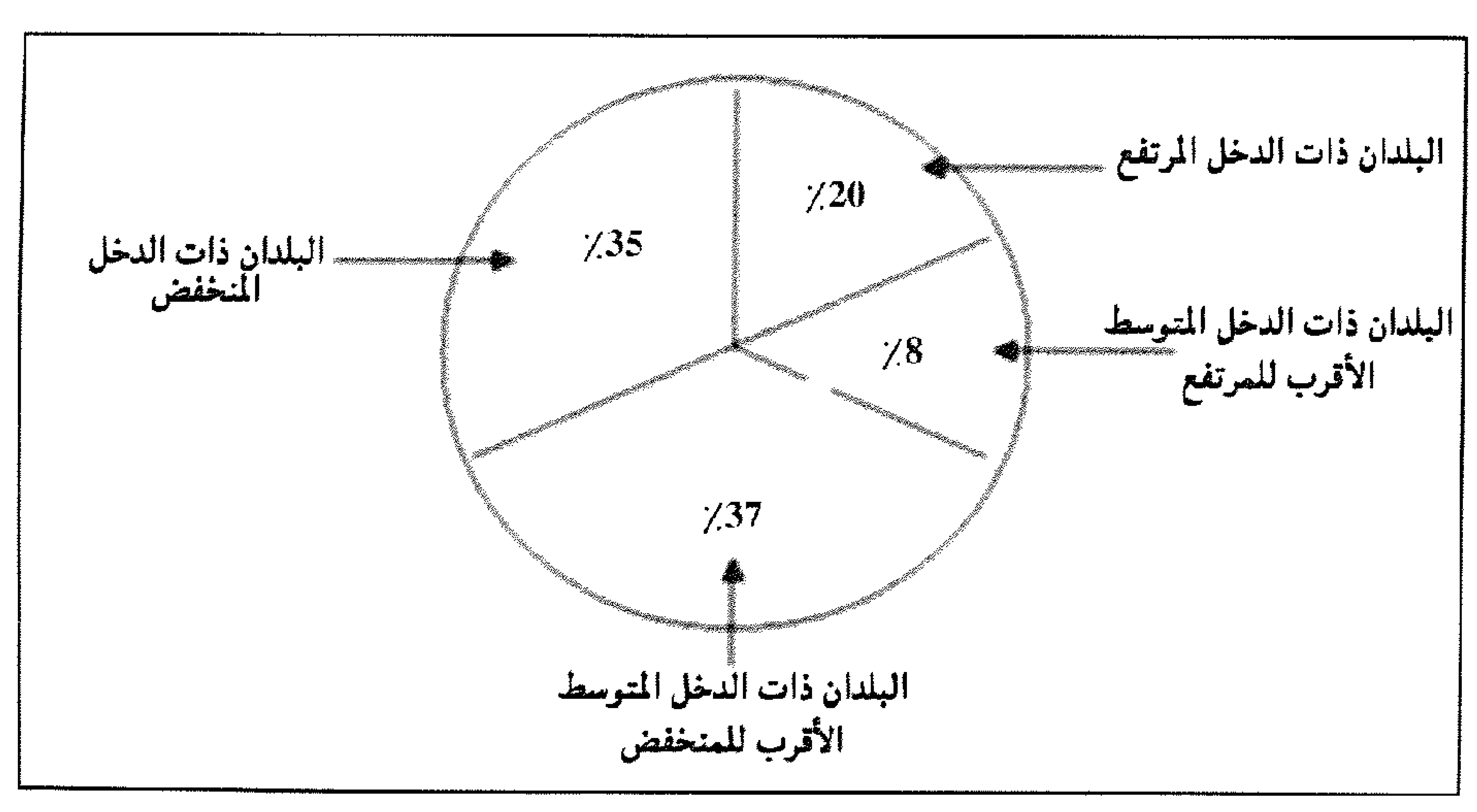
أيضاً الظواهر الناجمة عن الأمراض المزمنة في أبعادها الاجتماعية والنفسية تشكّل مشكلات متباينة أساسها الحالة المرضية التي قد يتكيف معها المريض، لكن المعاناة تظل متغيرة وليس لها وتيرة واحدة بسبب الجوانب الاجتماعية للمرض. فإذا كان الأسوياء يعانون من شتى

صنوف المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية جراء البطالة وانخفاض الطموحات في التقدم، والشعور بالانعزالية الاجتماعية، وبعدم المساواة وغيرها مما يؤدي بالتالي إلى الشعور بعدم احترام الذات (Self-esteem)، فما بالك إذن بشعور المريض بالمرض المزمن الذي له تداعيات اجتماعية ونفسية؟ فالذين يعانون من الأمراض المزمنة يعانون من الاضطراب في العلاقات الاجتماعية، وبنظرة الناس المتدنية لهم، وبضغوطات جسدية وفكرية تزيد من معاناتهم فوق تلك المعاناة الصحية الناتجة من المرض المزمن.

تشير التقديرات السكانية العالمية أن الأمراض المزمنة في تزايد رغم صعوبة التحديد بسبب تباين التعريفات عن المرض المزمن، وأيضاً اختلاف أساليب تشخيص الأمراض وتحديدها. ولقد وُجد أن بريطانيا أجرت أكبر مسح لمختلف أنواع الإعاقات والأمراض طُبقت في عام 1985 بواسطة مكتب التعداد السكاني والمسوحات. وكانت النتيجة هي أن (14.2٪) من الكبار في المجموعة السكانية هي المجموعة المعاقة أو التي تعاني من العلل المزمنة. ولقد وُجد أن المعدلات ارتفعت تدريجياً مع العمر، وكانت النسبة أعلى لدى النساء. ومن المهم أن نشير إلى تقديرات توزع الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة في العالم موزعة حسب فئات الدخل التي حددها البنك الدولي لجميع الأعمار في عام 2005 وتلخيصه نجده في الشكل رقم (1):

دراسات أخرى تشير أن من أكثر الأسباب في الإعاقة هي الأمراض العصبية، والمتعلق بالهيكل العظمي العضلي، والأمراض التنفسية كالسكتة الدماغية، وداء باركنسون (Parkinson's disease)، والتهاب المفاصل الحاد، والتصلب المضاعف أو الحاد. كذلك وجد أن حوالي (35) مليون أمريكي أو واحد من كل سبعة أفراد لديهم حالات إعاقة حادة تتسبب في اضطراب حياتهم اليومية، وتشكل مشكلات كبيرة عندهم.

هناك عوامل طبية عديدة لها تأثيرات بالغة بدون شك على التقليل من الأمراض المزمنة، وكذلك في التعامل مع هذه الأمراض والإعاقات وتفادي الوفيات. ويلاحظ ذلك مثلاً في تلك الحالات التي تحدث لها تطورات غير طبيعية مثل السنسنة المشقوقة (Spina bifida)، وانعكاسات مشكلات الحبل العصبي، وأيضاً فيروس العوز المناعي البشري الإيدز - ("HIV-"AIDS) الذي تحول من كونه حالة مميتة إلى مرض مزمن بواسطة تقدم العلاج الذي يسيطر على تحولات الفيروس المسؤول عن المرض.



الشكل رقم (1): الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة في العالم موزعة حسب فئات الدخل

إن تحديد نسبة انتشار المرض المزمن، مهما اتبعت الوسائل المتطورة، فإنه كما أشرنا، يصعب الوصول إلى الدقة الرقمية لأنواع حالاتها وأماكن انتشارها، خاصة وأن هناك حالات غير معروفة وليست مسجلة أو خاصة بالعلاج الطبي أو النفسي والاجتماعي، خصوصاً في المجتمعات النامية التي يصعب فيها توفير العلاج لكل المرضى. فالحالات المصابة بالمرض المزمن في بريطانيا تزيد عن نسبة (14.2٪) التي أشرنا إليها، وهناك تقدير صادر عن كلية رويال للأطباء (Royal College of Physicians) يرى أن خُمس السكان تقريباً في بريطانيا معرض لبعض أنواع من المرض المزمن.

لكن هناك دراسات مسحية تقدم بيانات محددة عن انتشار الحالات المرضية المزمنة ولأنواع منها بين فئات عمرية معينة، فمثلاً تشير إحدى الدراسات المسحية في شمال بريطانيا عن السكان الذين هم في عمر (45) سنة وأكثر أن انتشار السكتة الدماغية وصلت إلى (17.5) شخصاً لكل (1000) شخص في عام 1996. كذلك الدراسات المستقبلية للأمراض المزمنة نجدها تقدم توقعات مبنية على البيانات الوطنية المتجمعة في عام 1997، حيث إنها تشير أنه في عام 2020 سيتأثر حوالي 60 مليون شخص في أمريكا بالأمراض المزمنة مثل مرض التهاب المفاصل (Arthritis). كذلك تشير البيانات أن التهاب المفاصل قد ازداد بحوالي 750 ألف شخص سنوياً منذ عام 1990. ومع ذلك يمكن القول إن التقدم في العمر السكاني يعني زيادة في عدد الأشخاص الذين يعانون الحالات الإعاقية رغم انخفاض الانتشار. وبصفة عامة من المتوقع أن تشهد الأعوام الخمس المقبلة وفيات بسبب الأمراض المزمنة تتجاوز خمسين مليون وفاة. والأمراض المزمنة لا تقتصر فقط على المسنين وإنما أيضاً من هم في سن صغير في البلدان ذات الدخل المنخفض والدخل المتوسط. فحوالي (16) مليون حالة وفاة ناجمة عن الأمراض المزمنة كل عام تقع للصغار. ويُلاحظ من الجدول رقم (1) معدل الوفيات الناتج عن الأمراض المزمنة في العالم في عام (2005).

لقد تحدثنا عن الأمراض المزمنة على أنها العجز والقصور في الجانب التشريحي للبدن وعدم قدرة نظامه على أداء وظائفه بشكل طبيعي. وفي هذا السياق استخدمنا مصطلحات مثل العجز والإعاقة وعدم القدرة أو القصور في التأهيل وغيرها. ولكي نكون أكثر تحديداً، خاصة وأن هذه المصطلحات في معانيها تعني أشياء مختلفة، فإننا نرى الاكتفاء بثلاث مفردات مهمة في حديثنا هنا وهي:

الجدول رقم (1): معدل الوفيات الناتج عن الأمراض المزمنة في العالم في عام 2005

الفئة العمرية	عدد الوفيات (بالمليون)			معدلات الوفيات لكل 100.000		
	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي
29-0	0.8	0.8	1.6	48	47	48
59-30	4	3	7	372	251	311
69-60	6	3	9	2328	1533	1911
70 فما فوق	9	11	20	6981	6102	6467
كل الأعمار	18	17	35	556	543	549

العلة (Impairment)، وعدم القدرة أو القصور في التأهيل بمعنى العجز (Disability)، والإعاقة (Handicap). ويمكننا أن نوضح العلاقة بين هذه المفردات في إطار المرض على النحو التالي:

المرض (Disease) ← العلة (Impairment) ← عدم القدرة واضطراب التأهيل بمعنى العجز (Disability) ← الإعاقة (Handicap)

ويُقصد بالعلة الاختلال في الحالة الطبيعية للجوانب النفسية والفيزيولوجية، أو في اختلال التركيب التشريحي أو الوظيفي. أما عدم القدرة أو القصور في الأهلية فإننا نعني به القيد أو العجز وفقدان القدرة الناتج عن العلة لقيام الفرد بأداء نشاط في النطاق الطبيعي أو الاعتيادي الذي يقوم به عادة الإنسان السوي. وأخيراً نعني بالإعاقة الضرر أو الخسران الذي يعانيه الفرد بسبب عجزه أو عدم قدرته على القيام بالنشاطات الاعتيادية بسبب عوامل صحية وثقافية واجتماعية ونفسية لها علاقة بالجنس والعمر.

إن العلة (Impairment)، كما أشرنا، ترتبط بالاختلالات في الجوانب التشريحية والوظيفة البيولوجية والتي بدورها تعيق النشاط الطبيعي للإنسان. وقد تكون هناك علة داخلية ليس بالضرورة ظاهرة على الشكل الخارجي للجسد. أما الإعاقة (Handicap) فهي أي نوع من أنواع الخلل الجسدي والعقلي سواء كان خَلْقي أو مكتسب والذي يعيق القيام بالوظائف الطبيعية لأجهزة الجسد، أو بمعنى آخر عدم القدرة على القيام والتعايش مع متطلبات الحياة اليومية. والإعاقة تظهر على المظهر الخارجي للجسم سواء سببها داخلي أو خارجي. وأخيراً اللاأهلية أو عدم القدرة فإنه يُطلق أحياناً عليها بالإعاقة المؤقتة، ويمكن علاجها. هذا النوع من الإعاقة يعني عدم القدرة على إنجاز أي نشاط بسبب القصور العقلي أو الجسدي والذي قد يكون مؤقتاً وبعلاجه تنتهي الإعاقة مثل حالات الكسور، وقد يكون داخلي أو تظهر على الشكل الخارجي للجسم، ومن الممكن أن تكون مؤقتة.

التمعن في الشكل السابق الذي يوضح العلاقة بين المصطلحات الثلاثة، والمرض المزمن قد يؤدي إلى سوء الفهم، خاصة إذا كانت الأسهم تعني الزمن أو أن الشخص الذي لديه مشكلة مزمنة فإنه لا محالة، وحسب تتابع الأسهم، سينتهي به المطاف بعد زمن معين إلى الإعاقة أو المرض المزمن. هذه الأسهم على الشكل السابق قد تعني أن مرحلة تؤدي إلى مرحلة أخرى، وقد لا تؤدي إلى ذلك. فالإعاقة المؤقتة أو عدم القدرة على أداء أي نشاط بسبب القصور العقلي أو الجسدي ربما يكون نتاج العلة أو الاختلال (Impairment)، والإعاقة (Handicap) قد تكون نتاج العجز وعدم القدرة أو القصور في أداء العقل أو الجسد (Disability)، ولكن هذا ليس بالضرورة صحيحاً في كل الأوقات.

وللمزيد من التوضيح يمكننا البحث بشيء من التفصيل في العلاقة بين العلة (Impairment)، والإعاقة المؤقتة أو العجز وعدم القدرة (Disability) والإعاقة (Handicap) على النحو التالي:

* الشخص الذي لديه مرض التهاب المفاصل (Arthritis) يعاني من الألم وانتفاخ المفاصل واختلال الروابط والتي تكون متصلبة ومحدودة الحركة، وتلك العلة (Impairment) تسمى إعاقة مؤقتة لأنه اختلال في التركيب أو الوظيفة الفيزيولوجية. ولهذا انعكاسات تتمثل في صعوبة القيام بنشاطات قبل المشي أو التسلق وصعود السلم مما يعني أن هذا النشاط المتعثر يمكن وصفه

بعدم القدرة والعجز (Disability) وهذه الحالة تجعل الشخص لا يمتلك الأهلية للقيام بنشاطات مثل الحركة الطبيعية أو الانخراط في نشاطات المجتمع أو الحصول على وظيفة، وقد تؤدي إلى الانعزال الاجتماعي (Social isolation)، أو عزوف الأقارب والزملاء، والذي من الناحية الاجتماعية يعتبر إعاقة (Handicap).

* الأشخاص الذين لديهم قصر نظر حاد أو لديهم داء السكري (Diabetes) يعانون من العلة (Impairment)، لكن لأن هذه الأوضاع يمكن تصويبها أو معالجتها بالأدوية أو بالأجهزة، فإن المرضى ليسوا بالضرورة سيصبحون عاجزين غير قادرين أو غير مؤهلين (Disability) على إنجاز أي نشاط. وفي ظروف معينة نجدهم ربما يعانون من الإعاقة (Handicap) بسبب الوضعية التي هم فيها. فمثلاً قصر النظر قد يمنع الالتحاق بالعمل أو القيام بأداء مهنة ما، والسكري قد يحتم على المصاب أن يتحمل العناء بسبب نظام التغذية وقيودها والحاجة للعلاج بإبر الأنسولين (Insulin) بصورة منتظمة.

* الشخص الذي لديه وجه قبيح أو غير مألوف منذ ولادته أو تشويه خَلْقي أو بسبب حادث معين نقول إن لديه اختلال في البناء الفيزيولوجي، وربما يعاني أيضاً من اختلال الوظائف كالسمع والإبصار والتنفس. لذلك هذا الشخص لديه علة (Impairment)، وبما في ذلك مشكلات تتعلق بالنطق والحديث واستخدام الأطراف. وهذه قد تؤدي إلى عدم القدرة أو التأهيل أي العجز (Disability) للقيام بنشاطات مختلفة بما في ذلك الحركة والتفاعل أو المساهمة في النشاطات الاجتماعية والثقافية، أو العناية الذاتية بالنفس (Self-Care) مع صعوبات في التواصل والاتصال. وكنتيجة لذلك قد يصبح الشخص معاقاً (Handicapped person) في مجالات الحياة فينحرم من الاعتراف المجتمعي بالقدرات الذهنية وتبوأ مكانة اجتماعية ومهنية تعينه في الحصول على مردود مادي مناسب أو الاستقلالية والاختيار والنجاح الذي يسعى له كل إنسان. ومع ذلك فكلمة معاق لم تعد تعني في هذا الوقت توقف نشاطات الفرد وعجزه عن أداء ما يرغب، لذلك استبدلت كلمة «المعاق» بعبارة «ذوي الاحتياجات الخاصة».

مما سبق يتضح أنه لا توجد بالضرورة علاقة بين حدة العجز والاختلال المرضي، وحدة عدم القدرة أو عدم التأهيل والإعاقة الناتجة من ذلك. الناس الذين لديهم التصلب النسيجي الحاد مثلاً وُجد أن لديهم أعراض الإعاقات النفسية (Psychological handicaps) التي ليست لها علاقة بحدة مرض التصلب النسيجي الحاد. كذلك وُجد من دراسة أخرى أن الذين لديهم مرض التنفس المزمن (Chronic respiratory disease) ومن خلال الإجراءات الإكلينكية لوظيفة الرئة لم تكن مؤشراً لعدم القدرة والعجز (Disability)، وكان هناك تباين في الإعاقة (Handicap) المرتبطة بمستوى ودرجة العلة (Impairment).

لاشك أن الأمراض المزمنة لها خاصية اجتماعية وبيئية وتراثية وثقافية وقيمية وغيرها ينبغي الأخذ بها وعدم إغفالها من قِبَل الأطباء والمختصين في المسائل النفسية والاجتماعية، وأيضاً الدينية أو الفكرية. فمن الواضح أن الإعاقة ليست خاصية فردية أو متعلقة بذات الإنسان، وإنما هي من البيئة (Environment) التي يعيش فيها الإنسان باعتبار أن البيئة لا تعني فقط البيئة الطبيعية (Physical environment)، وإنما أيضاً البيئة المادية والاجتماعية والفكرية والسلوكية (Attitudinal environment). لذلك لابد من التمييز بين الإعاقة الصحية والإعاقة الاجتماعية والبيئية. ولقد أشرنا إلى أن هناك عوامل خارجية تتداخل مع المرض المزمن وتتفاعل معها مثل، عوامل البيئة الطبيعية

أو الوضع الاجتماعي للشخص أو الموارد المتاحة وغيرها . ففي التعامل السليم مع هذه العوامل الخارجية يمكن معالجة الكثير من العقبات لدى المرضى، وبالتالي تحسين نوعية حياتهم.

ويمكن تقسيم العوامل المؤثرة على المرض المزمن على أساس عوامل خارجية وأخرى عوامل داخلية:

العوامل الخارجية:

* العناية الطبية وإعادة التأهيل (Rehabilitation) في مجالات الجراحة، والعلاج الطبيعي، وعلاج النطق، والإرشاد، والتربية الصحية وغيرها.
* التطبيب والمعالجات الدوائية، والتدريبات المائية والعلاج البيئي، والإيحاء، والتعامل بالطاقة وبالتصوف وغيرها.
* الدعم مثل المساعدة الشخصية، واستخدام الأجهزة والمعدات الخاصة، والعناية اليومية وغيرها.
* الاهتمام بالمنشآت وبالبيئة الطبيعية والاجتماعية مثل التغيرات الداخلية في المنزل ومكان العمل، والحصول على الرعاية الصحية والتأمين الصحي، وتهيئة وسائل النقل العام، وتصميم المباني، وسن التشريعات، وخلق الوعي، وكذلك التغيرات في الاتجاهات والسلوك الاجتماعي.

العوامل الداخلية:

* التغيرات في السلوك وأنماط الحياة، وكذلك التغيير في نشاط المرض وتأثيراته.
* المساهمات الاجتماعية والنفسية، والتكيف الذهني لحالة الإعاقة، وتقديم العون من المجموعة القريبة من المريض.
* التغيرات في أنواع النشاطات وطرق القيام بها، وحدتها وأنواعها ودرجاتها.

هذه العوامل الخارجية والداخلية لها أهمية بالغة في وضع الحلول التي يمكن التعامل معها. ولقد أمكن وضع نماذج (Models) للتعامل مع المرض المزمن المرتبط بالجوانب الاجتماعية والنفسية والبيئية وغيرها، كما أن هذه النماذج تطورت منذ الثمانينيات. ففي عام 2000 طورت الصحة العالمية نموذجاً سُمي «التصنيف الدولي الوظيفي للصحة وعدم القدرة» (International Classification of Functioning Disability & Health;ICFDH). في إطار التركيز على مفاهيم منها أن انعكاسات الأمراض المزمنة تظل مرتبطة بنموذج المكونات الصحية (Health components)، وليس بنموذج المرض (Disease Model)، وهذه المكونات هي:

* التكوينات الجسدية والوظائف والعجز أو القصور في التكوين التشريحي أو في الوظيفة العضوية.
* المهام أو النشاطات التي يقوم بها الفرد، والصعوبات أو المحددات التي قد يواجهها الفرد في أدائه لهذه النشاطات.
* المشاركة التي تعني الارتباط بالمواقف الحياتية في إطار التفاعل بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها. فمنع الفرد من القيام بذلك يؤدي إلى مشكلات لها آثار سلبية على الإنسان.
* هذه المكونات والعلاقات تتأثر بالعوامل الشخصية والبيئية، وهي تضع المكونات في النموذج على أنه نموذج صحي وليس مرضي عُرف على أنه نموذج شامل ومرجعي، وسمي «بالنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (Biopsychosocial Model)» الذي يعطي أهمية خاصة للجوانب البيئية المؤثر في النواحي الصحية للإنسان.

فمن الناحية الاجتماعية، وكذلك وجهة نظر الذين لديهم الأمراض المزمنة يعتبر الحرمان والانعزال، والعجز ونظرة الناس لمن يعاني المرض وغيرها هي التي تحدد نوعية الحياة أو أسلوب المعيشة الذي عادة يلجأ إليه المريض. ففي



الظروف البيئية السليمة والمناسبة فإن نوعية الحياة ينبغي ألا تختلف كحق إنساني لمن هو معاق وغير مقتدر مقارنة بالأسوياء. فالحرمان أو الانعزال عن التفاعل مع المجتمع لمن يعاني مرضاً مزمناً فيه أضرار بالغة قد تفوق أزمته عندما يفكر بإعاقته أو عجزه، لأن الجوانب الاجتماعية والبيئية للمريض تتجاوز حدود قدرات الطبيب على العلاج والرعاية، وتشكل هماً وقلقاً على كافة المستويات في المجتمع.

لقد وُجد من الدراسات عن الناس الذين لديهم داء التهاب المفاصل الروماتويدي (Rheumatoid Arthritis) أنهم واجهوا تحديات ومشكلات نلخصها على النحو التالي:

* مشكلات التحكم في أعراض المرض والمعالجات الطبية لضبطها.
* مشكلات التعامل مع الأشياء العملية التي يقوم بها الفرد في حياته اليومية مثل العناية الذاتية (Self-Care)، وإدارة شؤون المنزل، والحركة في البيئة القريبة والمحيطة.
* مشكلات الانخراط في الوظائف أو إيجاد الوظيفة المناسبة أو القيام بدور مفيد في الخدمة العامة.
* مشكلات اقتصادية سببها البطالة والعجز.
* مشكلات في العلاقات الاجتماعية أو التفاعل مع أفراد الأسرة.

فلقد لخصت الدراسة المشكلات التي يواجهها مرضى الداء المفصلي المزمن بشرح العبء العاطفي الناجم عن الشعور بالمرض المزمن، وبتداعياته النفسية التي تظهر عادة على أشكال من التوتر والقلق والإحباط والشعور بالنقص وغيرها.

هناك عامل آخر نادراً ما يؤخذ في الاعتبار وهي الموارد (Resources) التي تتاح للمريض والقائمين على رعايته، حيث إن هذه الموارد لها أشكال مختلفة وعوامل مؤثرة مثل عامل الوقت، والمال، والتمكن أو القدرة، والدعم الاجتماعي، والمنزل المناسب، والخدمات الضرورية التي تعزز مفهوم الاعتماد على الذات بدل الاعتماد على الآخرين. فضلاً عن أهمية عامل المعرفة والفهم. فدرجة ووفرة الموارد المتاحة للأفراد والأسر والجمعيات أو اللجان الخيرية وغيرها لها تأثير بالغ على حياة المرضى الذين لديهم أمراض مزمنة.

إن نظرة المجتمع للمريض الذي يعاني مرضاً مزمناً لها أهمية في الدراسات الاجتماعية والنفسية والقيمية والفيزيولوجية التي تتناول كافة جوانب المرض. فالناس يرون أن المريض الذي لديه علة مزمنة ولا يستطيع أن يقوم بالنشاطات الاعتيادية هو من النواحي الصحية والثقافية والنفسية غير مؤهل، وبالتالي لابد من التعامل معه وفق هذا المنظور. فالفرد الذي يعاني من المرض المزمن يتأثر أيضاً بمفاهيم ونظرة الناس له ولمرضه. فالإنسان الذي لديه مشكلات التنفس وأمراض الصدر مثلاً ولا يستطيع التنفس بسهولة غالباً ما يعتقد الناس أن هذا المريض «مدخن» لأنه يكثر من السعال والكحة ويجعل الناس لا تتعاطف معه. كذلك ينظر المجتمع إلى مرض الإيدز (AIDS) على أنه مرض مزمن خطير معدي، وأن المصاب به لا يستحق التعاطف والاهتمام والتقدير، لأن المرض الذي لديه ينتقل إلى الإنسان بسبب العلاقات الجنسية المحرمة أو تعاطي المخدرات. لذلك فإن مرض الإيدز من الناحية الاجتماعية يعتبر إهانة وتعدي يلامس حياة الناس ويضر بالمجتمع، فضلاً عن أن مريض الإيدز يُنظر له على أنه خالف شرع الله وارتكب الفساد.. هذا المثال وغيره يعني أن الطبيعة الإعاقية للمرض المزمن له مسار مباشر متصل بالقيم والأخلاق وبالأبعاد الاجتماعية والثقافية ونوعية المعيشة التي يعيشها المريض.

الكثير من الحالات المزمنة تحاط بعدم اليقين أو الارتياب (Uncertainty)، ويلاحظ ذلك عندما يشعر الفرد بأن شيئاً غير طبيعي أو خطأ بدأ يظهر عليه خلال مراحل تطور

المرض. غالبية الأمراض المزمنة لها بداية بطيئة أو غير معروفة وتظهر على نحو مغاير وبشكل أعراض غامضة تبقى لسنوات قبل العلاج أو العلاج القبلي غير المؤكد أو الموثوق. ففي حالة مرض التصلب المتعدد (Multiple Sclerosis) والذي يُعد من أكثر الأمراض العصبية المزمنة شيوعاً حيث يتميز باضطرابات بؤرية في الجملة العصبية المركزية نجد أن التأخر بين ظهور الأعراض والعلاج قد يصل لفترة تقارب (15) عاماً. وخلال هذه المدة يشعر المريض بأن هناك شيئاً ما غير طبيعي في داخله، لكن غالباً شكواه لا تجد أذناً صاغية من الأطباء بسبب التشخيص، أو الاعتقاد بأن كثرة القلق لدى المريض الذي ليس له مبرر عند الأطباء ظناً منهم أن الشكوى المرضية هي صورة وهمية وتخيلات عند المريض، خاصة وأنه ليس هناك سبب عضوي واضح لشكوى المريض. لكن طالما يحصل المريض على التشخيص (Diagnosis) تكون النتيجة هي الشعور بالراحة عند المريض لأنه توصل إلى الحقيقة وإدراك النتيجة.

الشكل رقم (2): التصلب المتعدد

إن عدم اليقينية في تشخيص الأمراض المزمنة في بداياتها، ومحاولات التنبؤ بالنتائج من خلال المسار غير المؤكد (Trajectory uncertainty) يؤدي في الغالب إلى تكرار التشخيص الذي لا يسير على وتيرة معينة، وإنما يصاحبه تقلبات أو تغيرات يوماً بعد يوم. فهذا التشخيص غير المؤكد يتسبب عادة بقلق واضطراب كبير ليس فقط للمريض، وإنما أيضاً لأسرته وذويه.

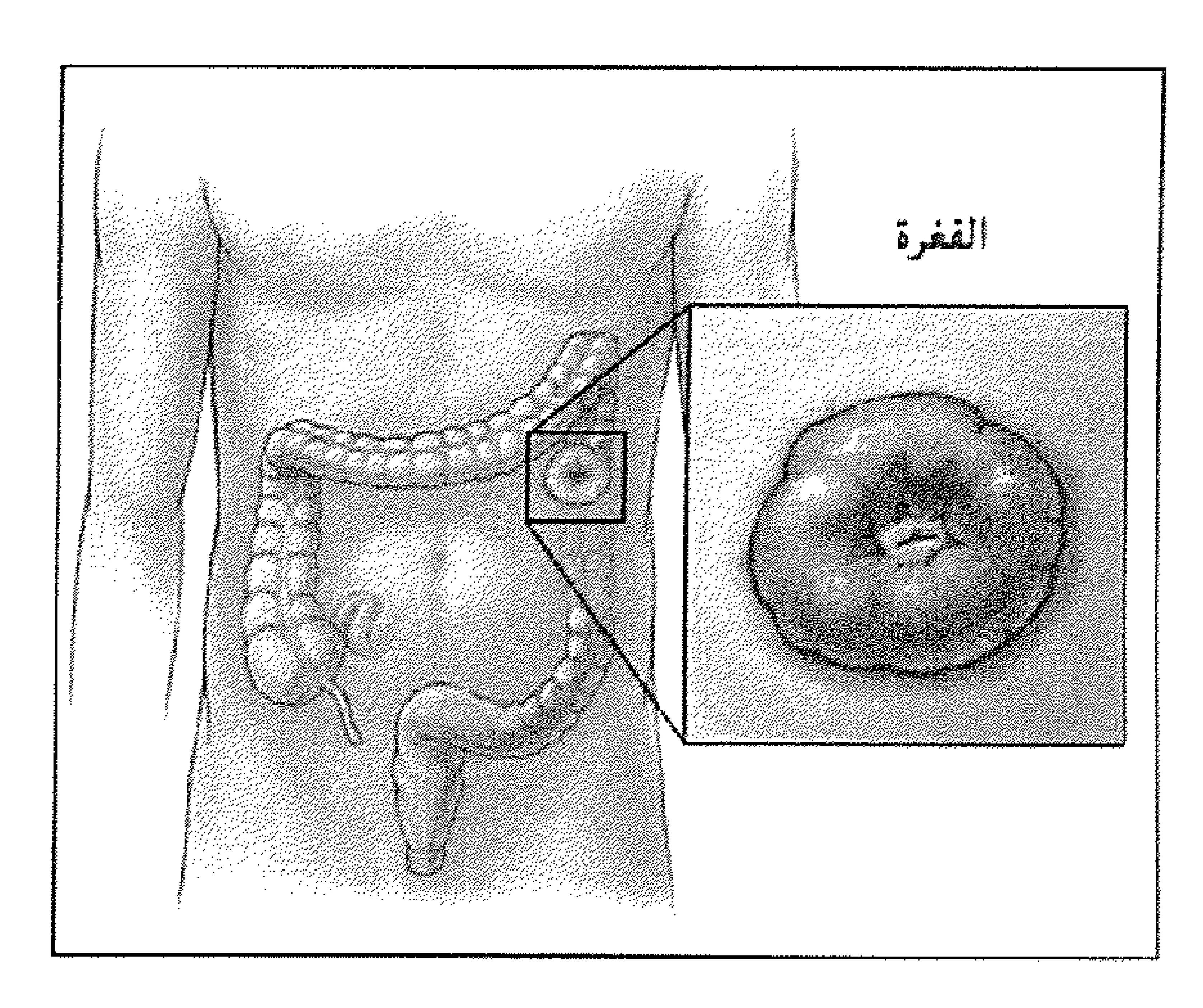
ولتوضيح حالة عدم اليقين من المرض المزمن علينا أن ننظر في الداء المفصلي المزمن كمثال. فمن أعراض هذا الداء الألم في المفاصل، وخشونة، وقد يصعب تنبؤها باعتبار أن مكان الألم يتغير من يوم إلى يوم، وقد يتغير خلال اليوم الواحد. فما يبدو يوماً جميلاً قد يتحول إلى مساءٍ تعيس.. هذا التبدل وعدم التأكيد يعني أن الناس الذين لديهم هذا المرض يجدون صعوبة في القبول بالتشخيص أو تصديق الأطباء أو الاطمئنان على أحوالهم الصحية. فالطقس البارد أو الرطب، والتوتر العاطفي والجسدي غالباً يلاحظ على أنها من مسببات الألم، وينبغي تجنبها كلما أمكن.. لكن الألم لا يعني عدم ظهوره في الأيام التي ليس فيها المسببات السابقة.

كذلك على المستوى الاجتماعي يؤثر المريض في أسرته وذويه، خاصة إذا كانت علته غير معروفة، ولا يستطيع التشخيص أن يصل إلى نتيجة مرضية. فالاضطراب الذي يحدث لأسرة المريض من زوجة أو أب أو ابن أو أخت وإخوة، وكذلك محبيه يكاد يعطل شكل الحياة التي اعتاد عليها هؤلاء، وتستمر في القلق والحزن مع المريض الذي يشعر أيضاً بأنه السبب في معاناة أهله. تداعيات ذلك على المريض من النواحي النفسية والمرضية لا حدود لها، لدرجة أن حالات كثيرة لمرضى جعلتهم يشعرون بجانب الألم المرضي معاناة إضافية نفسية تتمثل في الكآبة والحزن والبكاء والانعزال عن الناس وربما الانتحار.

بعض الدراسات تشير إلى حدوث مشكلات أسرية بسبب المرض المزمن لأحد أفراد الأسرة. فالمرض قد يتسبب في

انفصال الأب عن زوجته أو المريض عن زوجته. فلقد أشارت دراسة قيمة إلى أن الناس الذين لديهم سرطان المستقيم (Rectal Cancer) وتمت مقابلتهم كانت النتيجة أن ثلثي العدد كان لديهم فغر القولون (Colostomy)، أي استحداث فتحة بين القولون والجلد، بينما الباقي من أفراد العينة تمت معالجتهم بواسطة استئصال السرطان والمفاغرة (Anastomosis) بين وعائين بقناة. غالبية الأفراد أشاروا إلى فقدانهم للقدرة الجنسية، وانهيار العلاقة الزوجية.

لقد كان التدخل الجراحي الجسدي لمرضى سرطان المستقيم سبباً بشعور المرضى بالخجل والإحراج بعد أن فقدوا القدرة على العلاقات الجنسية بسبب جراحة سرطان المستقيم، وخصوصاً لدى الشباب الذين خضعوا للجراحة. هؤلاء المرضى أصبحوا في خوف من المستقبل، وعزفوا عن الاتصال الجسدي مع زوجاتهم لدرجة أن البعض انفصل عن زوجته. فالخجل والإحراج بسبب الروائح أو الضجيج الناتج من حدوث الفغرة «الفتحة» (Stoma) أدى إلى اضطراب حالة المريض وشعوره بأنه يضايق غيره، ويتسبب في إبعاد الناس عنه، وتدهور علاقاته الاجتماعية. وهذه من العوامل المقيدة لحريته وحركته وحاجته لاحترام الناس.



الشكل رقم (3): فغر القولون

كل أنواع القصور والعجز والإعاقة تشكل بطريقة أو بأخرى تهديداً للهوية الذاتية وبمفهوم الذات (Self-Concept). وأحد الأسباب في ذلك يعود إلى أن بداية المرض المزمن يشكل اختلالاً وعرقلة في المسيرة الحياتية للشخص (Biographical disruption)، ويؤدي إلى تساؤلات واستفسارات عن حياة الفرد الماضية والمستقبلية. إنها تربك الفكر وتؤثر في مفهوم السيرة الذاتية للإنسان المصاب. فالمرضى يواجهون دائماً مشكلة الصراع بيد الهوية والحفاظ عليها من الناحية الاجتماعية والاعتزاز النفسي بالذات وبأنها إيجابية ومفيدة للحياة. وهذه بطبيعة الحال صعبة التحقق أحياناً لأن التعريفات الثقافية للمعاق والمُقعد والعاجز لا تعطي القيمة الكاملة أو التقدير المناسب للمريض بمرض مزمن. لذلك ضياع الهوية أو النظرة الإنسانية المناسبة التي تقدر المريض بمرض مزمن تعتبر من أشد معاناة المريض وذويه.

لذلك فإن الذين لديهم العلل المزمنة ينبغي أن يتعلموا كيفية التعامل مع أعراض معاناتهم والظواهر الناشئة عنها في الحياة اليومية. فالشخص المريض بداء المفاصل الحاد مثلاً يتعلم بسرعة حجم النشاط الذي يستطيع القيام به قبل ارتفاع الألم إلى المستوى الذي لا يمكن تحمّله. فالتخطيط وتنظيم الحياة اليومية للمريض تجعله قادراً على إنجاز أشياء مفيدة قليلة. كذلك نجد أن المريض يتعلم كيفية ضبط أعراض المرض أو الألم عن طريق التغذية والحمية واستخدامه المنظم للدواء أو التقنيات المناسبة مثل جهاز الديال أو الميّز الغشائي (Dialysis machine). فتدرب المريض على هذه المهام يخفف على الآخرين الذين يتابعون مساعدته، خاصة وأن معالجة المريض قد تكون مرهقة ومكلفة وتحتاج إلى الوقت والصبر والجهد وغيرها.

وللمزيد من التوضيح نلاحظ في مثال آخر يُظهِر أهمية الوسائل والأدوات الطبية لحياة المرضى بالمرض المزمن كمرض

القصور في التنفس بسبب الشلل (Polio)، حيث إن قدرات هؤلاء المرضى على التنفس تتدهور بدرجة عالية تستدعي الاتصال الدائم بجهاز تهوية الضغط الإيجابي- (Positive Pressure Ventilator) بواسطة فغر الرغامى -(Tracheos- tomy)، أي فتح فتحة في الرغامى من خلال العنق والذي يُعد له أهمية وضرورة في هذه الحالة. هذه التهوية الميكانيكية عالية الكفاءة تلقائياً تُحسن الصحة البدنية والنفسية من خلال السماح لحركة وأداء أكبر تقوم به هذه التقنية.

إن في استخدام جهاز التهوية لمرضى التنفس يعني أن المريض والعاملين على صحته يجب أن يتعلموا المهارات لإدارة الجهاز من حيث إعادة شحن البطاريات، والتعرّف على التوصيلات والأنابيب الماصة للهواء، والتأكد من نظام الترطيب (Humidification system). ولأن هذا الجهاز يتعطل بدون سابق إنذار فإنه لابد أن يدار ويُتابع بعناية، كذلك يجب أن توضع الخطة والاحتياطات في حال حدوث مشكلة مفاجئة مما يعني أن الجهاز ومتطلباته يصبح مركز الانتباه والاهتمام في حياة المريض.

كذلك من الأهمية عند المريض الذي لديه المرض المزمن أن يكون ملماً بمرضه، ولديه المعلومات الكافية والواضحة التي تجعله واثقاً من حالته المرضية، وطرق علاجها، وخاصة تعوّده على إدارة شؤون حياته بعد خروجه من المستشفى أو الانتهاء من العلاج الإكلينيكي. وفي ظروف المرض الذي يعاني منه المريض لابد أن يكون أهله وذووه على علم بتفاصيل مرضه وكيفية مساعدته على التأقلم مع الحياة. إن حجب المعلومات عن المريض وذويه لاشك يؤدي إلى مشكلات كثيرة أقلها عدم رضا وقناعة وثقة المريض بالأطباء أو بالقائمين على مساعدته. لقد وُجد من دراسة أُجريت في بريطانيا عام 1998 أن بعض المرضى الذين يعانون من سرطان المستقيم عبروا عن عدم رضاهم بما تم إخبارهم به عن عمليات جراحية أجريت لهم. لقد شعر هؤلاء بأنهم لم يكونوا على استعداد للتعامل مع فغر القولون(Colostomy) ونتائجه.

مما سبق لابد من التأكيد على أهمية الجوانب الاجتماعية والنفسية والبيئية التي يتعرض لها المريض بالمرض المزمن. فمرضه لا يتوقف فقط عند عجزه أو عدم تأهيله أو إعاقته بسبب المرض، وإنما بمعاناته الكبيرة الاجتماعية والنفسية والمادية وغيرها. فالمرض لم يعد فقط متصلاً بعلوم التشريح والفيزيولوجيا ومهارات التشخيص المرضي أو بالعوامل الوراثية وغيرها، وإنما يرتبط المرض بالعلوم الأخرى كعلم الاجتماع (Sociology) الذي أصبح يُدرّس في كليات الطب من زاوية التأثيرات المتبادلة والعلاقة بالطب.

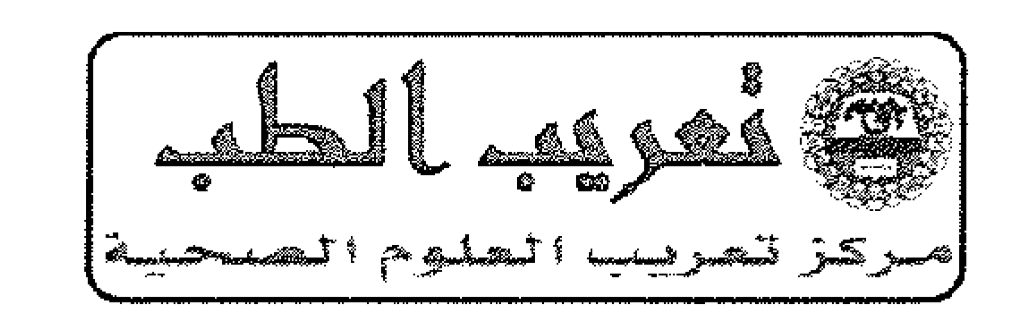
فمن أكثر ميادين التطورات في الرعاية الصحية والمرض الإقرار بأن الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية لهما تأثيرات بالغة على أنماط الأمراض ومعدلات الوفاة. فهناك مصادر كثيرة، تاريخية، وطبية، واجتماعية، تؤكد من خلال البراهين مدى حجم تأثيرات العوامل غير الطبية على الأمراض المزمنة.

مما يعني أن المناهج الطبية أصبحت اليوم تقدم معارف للدارسين تتجاوز حدود نطاقها، خصوصاً تلك التي لها علاقة بالعلوم الاجتماعية والنفسية وبتطبيقات هذه الميادين في الطب على نحو يتوافق بدرجة عالية مع مشكلات الحياة المعاصرة التي أصبحت تمس مختلف حياة الإنسان وتطلعاته المستقبلية.

** References:*

1. *Graham Sc. (Ed) Sociology . as applied to medicine saunders,2003, UK.*
2. *walker A, European attitudes to ageing & older people, Brussels, 1993.*
3. *Aries P. The hour of our death, penguin, London 1983.*


اقرأ في ملف العدد
الطبيب والمجتمع
العلاقة بين الطبيب والمريض
أخلاقيات وآداب الطبيب في المجتمع
الطب والقضاء
الطب الشرعي في خدمة المجتمع



العـــــدد 26
أكتوبر 2009

العلاقة بين الطبيب والمريض

د. إيمان حسين سيد*

تُعد الوحدة الرئيسية في ممارسة مهنة الطب هي العلاقة بين الطبيب والمريض. فالاجتماعات التي تتم بين الطبيب والمريض تحدث بانتظام وبتواتر. كما تشير التقديرات إلى حدوث ما يقرب من نصف مليون استشارة بين المريض والطبيب الممارس العام في المملكة المتحدة في كل يوم عمل. يعتمد نجاح أو فشل تلك الاجتماعات ليس فقط على الدراية الإكلينيكية للطبيب ومهارته التقنية ولكن أيضاً على طبيعة العلاقة الاجتماعية الموجودة بين المريض والطبيب. مما لا شك فيه أن وجود العلاقة الجيدة بين المريض والطبيب هو أمر هام لشفاء المريض، مما يجعل المريض والطبيب على حد سواء يعملان بجد لإنجاح تلك العلاقة لكي يستفيدا منها ولتحقيق كل منهما مأربه من تلك العلاقة.

لماذا يحتاج المريض إلى علاقة طيبة مع الطبيب؟

بالرغم من وقوع إنجاح تلك العلاقة على عاتق الطبيب، إلا أن المريض يُعد هو المستفيد الأول من نجاح تلك العلاقة. فمن مصلحة المريض الوصول إلى التشخيص السليم والذي يأتي نتيجة لتحدث المريض عن الأعراض التي يعاني منها ومخاوفه ومعتقداته بصدق وإفصاحه عن مكنون مشكلاته النفسية والاجتماعية المصاحبة أو التي نشأت مع ظهور المرض.

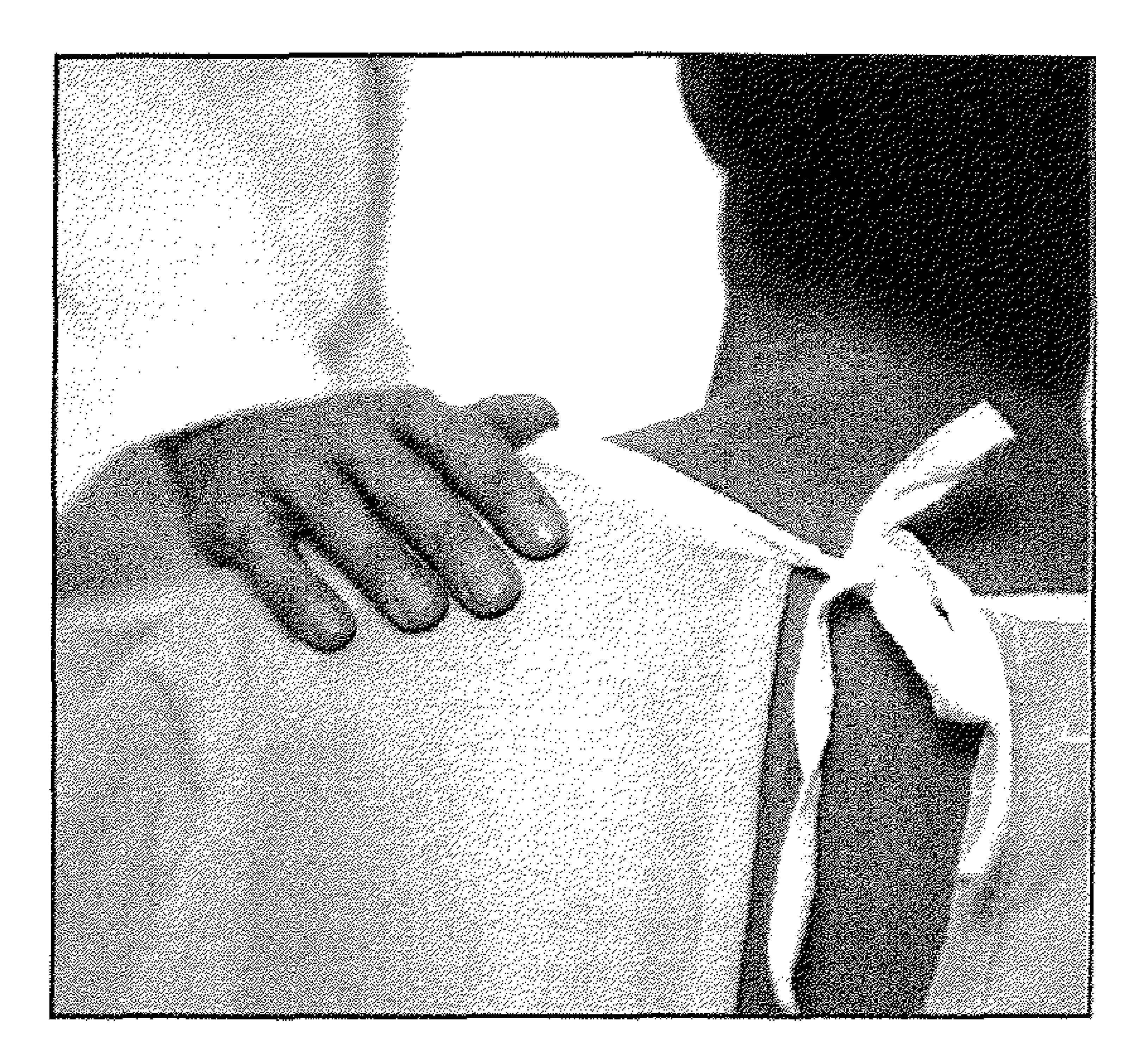
إن الوصول إلى التشخيص السليم من شأنه حماية المريض من الوقوع في براثن التشخيص الخطأ والذي يتمثل في طلب فحوصات بالأشعة قد يكون المريض في غنى عنها وما يتبعه من معالجة خاطئة قد تسبب للمريض مضاعفات أو آثاراً جانبية يتعرض لها المريض دون مبرر، مما يؤدي إلى تدهور حالة المريض وحرمانه من المعالجة المناسبة له.

هل يستفيد الطبيب من تلك العلاقة الجيدة مع المريض؟

للإجابة عن هذا السؤال يجب الإجابة عن سؤال آخر قبله وهو هل يستمتع الطبيب بأداء عمله مع المرضى؟ أم أنه يتعامل معهم على أساس مهني بحت يعتمد فقط على القيام بالواجب التقني تجاه المرضى دون التداخل معهم في شؤونهم البسيطة؟

إذا كانت الإجابة بنعم فإن العلاقة الطيبة مع المرضى تجعل من عمل الطبيب شيئاً ممتعاً بالنسبة له. فهو يقضي ما يقارب ثلث يومه مع المرضى ويتحدث معهم ـ ربما ـ

* محررة طبية ـ مركز تعريب العلوم الصحية ـ دولة الكويت.



الشكل رقم (1): المريض بحاجة إلى علاقة طيبة مع طبيبه

أكثر مما يقضيه مع أسرته. الطبيب الذي يتجرد من تلك المشاعر الاجتماعية يتحول عمله من مهنة إنسانية إلى عمل روتيني قاتل وإزعاج وإرهاق نفسي وبدني قد يحول بينه وبين إتمام رسالته الإنسانية على أتم وجه.

لقد انتشرت في الآونة الأخيرة ظاهرة تهجم بعض المرضى على الأطباء أثناء تأدية عملهم. من الوهلة الأولى قد لايصدق الناس كيف يفعل هؤلاء المرضى أو ذووهم هذا مع من قد يكون السبب في شفائهم وينهال البعض باللوم الشديد على المرضى وأقربائهم. ولكن لم يفطن الناس إلى أن الطبيب قد يكون السبب فيما حدث ربما لفقده القدرة على التعامل مع المرضى على أنهم بشر ولديهم من المشكلات - بالإضافة إلى مشكلة مرضهم - ما يكفيهم أو ما قد يصل بهم إلى تلك الدرجة من الانفعال. إن الطبيب الذي ينجح في إنشاء علاقة جيدة مع المريض ربما يكون لنفسه دون أن يدري درعاً واقياً من التهجم المباشر بالقول أو بالفعل من المرضى أو أقربائهم.

هل هناك طرف آخر مستفيد؟

نعم، إنها الدولة. فعندما لايجد المريض التشخيص السليم والمعالجة المناسبة عند ذلك الطبيب فسوف ينشد ضالته عند طبيب آخر، مما يستلزم إجراء فحوصات أخرى وربما يكون الطبيب الثاني غير ماهر فلا يتعافى المريض ويظل يتنقل بين الأطباء حتى يجد شفاءه عند أحد الأطباء. ينتج عن ذلك هدر في الأموال والموارد الصحية والتي تدعمها الدولة، كل ذلك بسبب سوء العلاقة بين الطبيب والمريض.

مراحل تطور العلاقة بين المريض والطبيب:

إن العلاقة بين الطبيب والمريض لا تنشأ بين يوم وليلة، وإنما تتطور بتكرار الزيارات. ففي البداية يأتي المريض للطبيب طلباً للمشورة الصحية والمعالجة العضوية، وعندئذ يبدأ الطبيب في وضع اللبنة الأولى في بناء العلاقة الجيدة بينه وبين المريض وذلك بالإنصات للمريض وتفهّم شكواه والبدء في تقديم النصائح غير الطبية لمساعدة المريض. في هذه المرحلة ومع تواتر زيارة المريض للطبيب يطمئن المريض للطبيب ويشعر أنه ليس بغريب عنه، ويبدأ المريض في التحدث بصراحة وارتياح أكثر مع الطبيب عن المشكلات النفسية والاجتماعية التي يواجهها، ومن هنا تبدأ العلاقة تتحول من علاقة مهنية بحتة إلى علاقة شخصية قوامها الود والتعاطف في إطار من الاهتمام والاحترام المتبادل.

إن العلاقة بين الطبيب والمريض في هذا الشكل سلاح ذو حدين. فهناك نوع من المرضى يقوم بواجبه نحو نفسه ويعلم أن الطبيب متواجد فقط للنصيحة والاستشارة، أما النوع الثاني فهو المريض الاعتمادي وهو الذي يلقي بمسؤولياته على الطبيب ولا يريد أن يقوم بعمل أي شيء، كذلك المريض الثرثار الذي يتحدث في العديد من الأمور والتفاصيل التي قد تهم أو لاتهم الطبيب في تشخيصه ومعالجته، ومع هذا النوع من المرضى يجب على الطبيب أن يتعامل معهم بشكل رسمي وحاد في بعض الأحيان.

مهارات التواصل للطبيب:

تنقسم وسائل التواصل بين الطبيب والمريض إلى قسمين: التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي.

أولاً: التواصل اللفظي:

ونعني بالتواصل اللفظي هنا الحديث بين الطبيب والمريض وهو ينقسم إلى 3 أقسام. الأول يتعلق بشكوى المريض، والثاني يدور حول كيفية سؤال المريض، أما الثالث فهو كلام الطبيب عند تقديم النصائح والتحذيرات.

1 ـ شكوى المريض:

يجب على الطبيب الانتباه والإنصات لشكوى المريض. فبعض الأطباء يهملون ويتجاهلون كلام المرضى خشية أن تفتح عليهم أبواباً لايستطيع الأطباء بعد ذلك إغلاقها، وربما تكون لهذه الكلمات معاني ودلائل قوية تشير إلى حقيقة المرض.

وبالرغم من ذلك، فإن بعض المرضى قد يضللون الأطباء أثناء حديثهم فقد يكرر المريض بعض الكلمات مما يجعل الطبيب يفهم شيئاً في حين يقصد المريض شيئاً آخر، هذا قد يجعل الطبيب يتجاهل مثل تلك الكلمات مما يجعل المريض يشعر بتجاهل الطبيب لحديثه وذلك ينتج عنه ضعف العلاقة بينهما. فالمريض يكرر كلماته لحث الطبيب على فتح ذلك الموضوع معه وليسأله عنه. فقد يكرر المريض مثلاً «لا أريد أن أتناول هذا الدواء» وقد يفهم الطبيب من ذلك أن طعم الدواء مر أو شيء من هذا القبيل ولكن الحقيقة أن المريض قد يكون سمع أن لهذا الدواء آثاراً جانبية، لذا لايريد تناوله ويريد أن يتحدث مع الطبيب بشأن ذلك، فإن لم يتفهم الطبيب ذلك، ساءت العلاقة بينهما.

2 ـ سؤال المريض:

يجب على الطبيب الحاذق أن يستشف شخصية المريض أثناء حديثه عن مرضه. فبعض المرضى يجب سؤالهم أسئلة مباشرة ومحددة للحصول على إجابات شافية وكافية، وعادة ما يكون ذلك مناسباً للمريض الثرثار، ولكن أهم سلبيات ذلك النوع من الأسئلة هو عدم حصول الطبيب على المعلومات الكافية والضرورية للتشخيص. لذلك تفضل الأسئلة غير المباشرة، فهي تعطي الفرصة للمريض أن يتحدث بصراحة ويسهب في التعبير عن مشاعره ومخاوفه، ولربما يحصل الطبيب على معلومات من سؤال واحد غير محدد أكثر من المعلومات التي يمكن الحصول عليها من عدة أسئلة محددة. وتعد الكلمات «أخبرني، أو حدثني عن، أو صف لي، أو كيف حدث ذلك من وجهة نظرك،...» من أفضل الكلمات المستخدمة في الأسئلة غير المباشرة.

يفضل عدم استخدام بعض الكلمات في الأسئلة مثل كلمة «لماذا» إذ توحي تلك الصيغة في السؤال أن المريض في موقف دفاعي يجعل المريض متوتراً مما يضعف العلاقة بينه وبين الطبيب. كذلك يجب تجنب الأسئلة الإيحائية فهي تجعل المريض يلقي بالإجابة التي ينتظرها الطبيب مما يقلل من احتمالية التشخيص الصحيح والمعالجة السليمة. إضافة إلى ذلك، الأسئلة التي تبدأ بكلمة «هل»، فمثل تلك الأسئلة لاتحتمل إلا الإجابة «بنعم» أو «لا»، تضع المريض عند نقطة لابد له من تركيز إجابته في كلمة واحدة مما يثير الضيق في نفسه إذ ربما كان يود التحدث عن تلك المشكلة بالتفصيل فيتراجع ويتولد عنده انطباع بأنه أمام محقق وليس طبيب. الأسئلة الاستنكارية مثل «كيف تقول إن قدمك تؤلمك وأنت تذهب إلى عملك مترجلاً يومياً؟»، والأسئلة المركبة من عدة أسئلة بحيث يجيب المريض على بعضها وينسى البعض الآخر مثل «هل تؤلمك معدتك، وهل يرتبط ذلك بالطعام، وهل يريحك تناول اللبن؟». تلك الأسئلة يجب تجنبها مع المريض للمحافظة على علاقة طيبة معه.

3 ـ طريقة تقديم النصائح والإرشادات:

من أكثر الوسائل شيوعاً لعدم إنجاح العلاقة بين الطبيب والمريض هي إهمال الطبيب شرح حالة المريض وذكر التشخيص له وتبيان سبب إجراء تلك الفحوصات، أو مضاعفات المرض. كل ذلك يشعر المريض أن الطبيب في عجلة من أمره وأن المريض قد أخذ وقتاً أكثر من اللازم معه.

كذلك استخدام المصطلحات الطبية المتعارف عليها فقد لايعرفها المريض وقد يخجل من السؤال عنها فذلك قد



يضع حداً قوياً وسداً منيعاً بين الطبيب ومريضه. كذلك استخدام الأوامر وأسلوب التهديد للإملاء على المريض مثل، ما الواجب عمله وما الواجب تجنبه بالإضافة إلى استخدام الطبيب الألفاظ القوية مثل «السرطان» و«الفشل الكبدي» كل ذلك من شأنه أن يضعف العلاقة بين الطبيب والمريض.

ثانياً: التواصل غير اللفظي:

ويشمل ذلك لغة الجسد وتعبيرات الوجه والمظهر العام للطبيب وصوته والمكتب الخاص بالطبيب، كذلك الحالة الصحية للطبيب فيجب على الطبيب ألا يبدو مرهقاً أمام المريض أو تبدو عليه مظاهر الإعياء أو التعب النفسي، فكل ذلك يؤثر سلباً أو إيجاباً على علاقة المريض بالطبيب.

القواعد العامة للعلاقة بين الطبيب والمريض:

هناك عدة قواعد تحكم العلاقة بين الطبيب والمريض، وهي ليست بالقواعد القانونية ولكنها إنسانية في المقام الأول وتقع كلها على عاتق الطبيب بحكم موقعه وحكمته.

القاعدة الأولى: الاهتمام بالمريض وجعله من أولوياته

فلابد من الاهتمام بكيفية خدمة المريض واختيار كل الوسائل التي تسهم في راحة المريض.

القاعدة الثانية: الاستجابة للمريض

يجب على الطبيب الإنصات للمريض والاهتمام به والإجابة على كل أسئلته.

القاعدة الثالثة: إخبار المريض بكل شيء

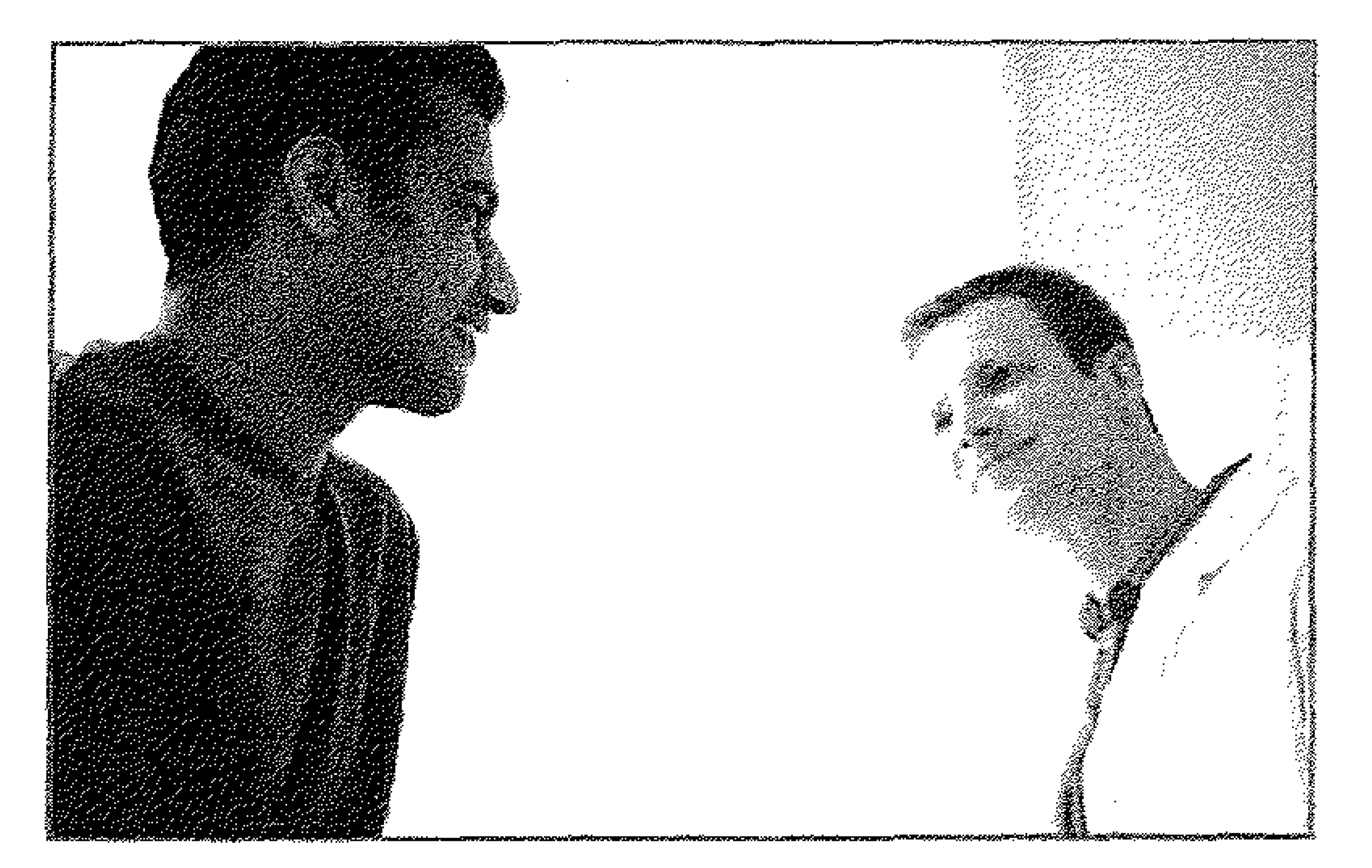
يقوم الطبيب بإخبار المريض بكل شيء عن مرضه وحتى إذا لم يسأل ولكن يجب أن يتم ذلك بحرص حتى لاتجبر المريض على سماع أنباء سيئة.

القاعدة الرابعة: تكوين الصداقة مع المريض

يجب أن يشعر المريض بالقرب من الطبيب بأن يتوجه الطبيب بالحديث له وأن يجلسه بالقرب منه.

القاعدة الخامسة: حُسن الاستماع

يجب على الطبيب أن يكون حسن الاستماع للمريض وأن يترك المجال للمريض لبث شكواه بحرية.



الشكل رقم (2): يجب على الطبيب أن يكون حسن الاستماع للمريض

القاعدة السادسة: المفاوضات

إذا كان هناك مجال للاختيار بين دوائين متماثلين في الكفاءة والنجاعة فدع الأمر للمريض ليختار أي منهما.

القاعدة السابعة: الاعتراف بالخطأ

يجب على الطبيب الاعتراف بالخطأ وعدم إلقاء المسؤولية على غيره، فكل منا يخطئ.

القاعدة الثامنة: استشارة الأطباء

ليس من العيب أن ترسل المريض إلى من هو أقدر منك أو أكثر كفاءة في معالجة المريض.

القاعدة التاسعة: تفهّم المريض

يجب الحرص على فهم كلام المريض جيداً لاسيما إذا كانت هناك مشكلات قبل البدء في حلها.

القاعدة العاشرة: عدم الكذب

على الطبيب عدم الكذب على المريض في أي شأن حتى إذا حاول أن يحمي صديقه الطبيب المخطئ.

القاعدة الحادية عشرة: المعتقدات الصحية والدينية

يجب على الطبيب تقبل المعتقدات الصحية لدى المريض، وإن كان بها أخطاء يجب عليه التصحيح بطريقة

ليس بها استهزاء بمن يؤمن بهذه المعتقدات أو سخرية منها. كذلك يجب على الطبيب احترام المعتقدات الدينية للمريض وتشجيع المريض على أداء شعائر دينه إذا كان ذلك يشعر المريض براحة نفسية.

القاعدة الثانية عشرة: الحياد والرحمة

يجب عدم إجبار المريض على فعل أمر لايريده لاسيما إذا كان تركه لايؤثر على مآل المرض. كذلك يجب معالجة المريض حتى إذا لم يكن في استطاعته القيام بأتعاب الطبيب.

القاعدة الثالثة عشرة: احترام الآخرين

قد يحمل المريض إساءة لأطباء آخرين أو قد يود سماع رأيك في طبيب آخر. لذا يجب أن تُفهم المريض أنك موجود لمساعدته وليس لإبداء رأيك في الآخرين لأنك تقدرهم وتحترمهم.

القاعدة الرابعة عشرة: عدم الهدر

إذا أحضر المريض الأدوية التي يتناولها، يجب على الطبيب إلقاء نظرة عليها وإذا كان هناك ما يفيد المريض يجب عليه الاحتفاظ بها، فالمريض قد دفع ثمنها وينتظر من الطبيب أن يوافق عليها كلها.

القاعدة الخامسة عشرة: فحص المريض

يجب أن يكون الغطاء الأبيض ساتراً لجميع أجزاء الجسم أثناء فحص المريض ويجب أن يصاحب ذلك عبارات مطمئنة أو كلمات بسيطة تشرح للمريض ماذا تفعل أو ماذا وجدت.

القاعدة السادسة عشرة: الكفاءة العلمية

على الطبيب أن يكون على دراية بكل شيء عن اختصاصه والشيء اليسير عن الفروع الأخرى.

القاعدة السابعة عشرة: الشخصية المهنية

يجب على الطبيب أن يكون متواجداً دائماً في أبهى صورة وألا يتحدث مع المريض في مشكلاته الشخصية، كذلك ألا يتحدث في الهاتف أو يستقبل مكالمات هاتفية أمام المريض فذلك يجعل المريض يشعر أنه ليس بالأهمية التي تجعل الطبيب يهتم به.

القاعدة الثامنة عشرة: اتخاذ قرار العلاج

يجب أن يشترك المريض مع الطبيب في قرار اتخاذ العلاج، كما يجب على الطبيب شرح أهمية هذا الدواء وخطورة إيقافه بالإضافة إلى الأعراض الجانبية لهذا الدواء، مما يضع المريض جنباً إلى جنب مع الطبيب في موقع المسؤولية ويجعله أكثر تفهماً لطبيعة المرض والتزاماً بالاستمرار في تناول الدواء.

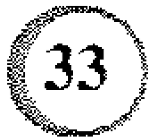
القاعدة التاسعة عشرة: الكيفية والكمية

يجب على الطبيب أن يدرك أن ما يهم المريض هو كيفية عمل الطبيب وليس كم ما عمله.

وأخيراً، إن الطبيب يجب أن يكون مدركاً للأعراض المرضية والحالة النفسية للمريض، لذا يجب على الطبيب أن يتعامل مع المريض قبل أن يتعامل مع المرض، وهنا يكمن جوهر العلاقة بينهما. فالطبيب يتعامل مع الخوف والألم ويجب عليه ألا يُدخل الخوف في قلب المريض وأن يخفف آلامه، فإذا عجز الطَبيب عن إقناع مريضه والاستحواذ على رضاه فلن يقتنع المريض بعلاجه ولن يأخذ الدواء وإذا أخذه ربما لن يستفيد. كما يرى المتخصصون أن العلاقة الجيدة بين المريض والطبيب تزيد من فرص نجاح العلاج، كما أن العلاج يكون أكثر فعالية إذا ما كانت العلاقة قوية بينهما، فالمرضى ذوو العلاقة الجيدة مع الأطباء أكثر التزاماً بنصائحهم، ولايلقون بالاً بالآثار الجانبية للدواء، ويشعرون أن الأطباء بجانبهم يداً بيد لمواجهة المرض.

* Bibliography:

- *Graham Scambler. Sociology as Applied to Medicine. SAUNDERS; ELSEVIER. 6th Edition. 2008.*
- *American Chiropractic Association, WWW.acatoday.com*
- *American community Survey. 2006. Bureau of the Gensus.*





تعريب الطب
مركز تعريب العلوم الصحية

العـــــدد 26
أكتوبـــر 2009

أخلاقيات وآداب الطبيب في المجتمع

د. موسى حيدر قاسه *

تعتبر مهنة الطب أرقى مهن المجتمع الإنساني على الإطلاق، لأنها تتعلق بصحة وحياة الإنسان الذي هو أغلى ما في الوجود لذلك فهي المهنة الوحيدة التي كان لها ـ منذ فجر التاريخ وبداية حضارة الإنسان ـ آداب وأخلاقيات للممارسة، تحدد مهام الطبيب وواجباته، وتنظم علاقات الطبيب بالمريض، وعلاقة الطبيب بزملائه، وتحدد مسؤولياته وواجباته تجاه مجتمعه.

وبما أن الطبيب يتمتع بموضع عالٍ من الثقة والاحترام في المجتمع، وقد منحه المجتمع مكانة عالية استثنائية لم يمنحها لغيره من أصحاب المهن الآخرى، لذلك كان عليه بالمقابل أن يكون على قدر هذه الثقة، وأن يستخدم تلك المكانة في خدمة المريض والمجتمع من خلال التزامه بالأخلاقيات العالية في تصرفاته، وتتضمن تلك الأخلاقيات والآداب التي يجب على الطبيب مراعاتها الأمور التالية:

1 ـ على الطبيب أن يكون قدوة حسنة في المجتمع، ويتحقق ذلك عندما يلتزم بالمبادئ والأخلاق والقيم والمثل العليا وأن يبتعد عن الشبهات، وأن يلتزم السلوك القويم، وأن يكون ملبسه ومظهره لائقاً، وأن يحافظ على كرامته وكرامة المهنة وفقاً لما ورد في قسم الأطباء وفي لائحة آداب المهنة، ويرجى العلم أن الطبيب الذي يفتقد القيم الأخلاقية في حياته الخاصة من الصعب أن يطبقها أثناء ممارسة المهنة، وعليه أن يكون قريباً من أفراد مجتمعه ومشكلاته ولا يعيش في برجه العاجي بعيداً عنها محترماً عادات وأعراف وديانات المجتمع الذي يعيش فيه.

2 ـ على الطبيب أن يكون عضواً حيوياً فعالاً في المجتمع، يتفاعل معه ويؤثِّر فيه ويهتم بأموره، وأن يوظِّف كل طاقاته وإمكانياته وخبراته لخدمة المجتمع في المجال الصحي، ويسهم من خلال مايمتلكه من معلومات وخبرات في تحسين وتطوير الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع والارتقاء بها، ويساعد في حل المشكلات الصحية للمجتمع (التدخين والإدمان على المخدرات وغيرها)، واقتراح الحلول لها، وأن يساهم في تطوير الخدمات الصحية، ويكون ذلك من خلال طرح أفكاره، والمشاركة بفعالية ويتعاون مع الجهات الرسمية ذات الشأن، وعلى الطبيب أن يشارك ـ لاسيَّما إذا كان في موقع المسؤولية ـ في وضع وسن الأنظمة والسياسات الصحية والخطط الصحية للمجتمع.

* اختصاصي الأمراض الباطنية ـ وزارة الصحة ـ دولة الكويت.



3 ـ على الطبيب أن يبلغ السلطات الصحية المختصة عند الاشتباه في حدوث مرض وبائي مثل الكوليرا وأنفلونزا الطيور والخنازير، حتى تتخذ الجهات الصحية المختصة الإجراءات الوقائية اللازمة لمنع انتشار المرض الوبائي ومعالجته قبل انتشاره، وتحوله إلى مرض وبائي يصعب السيطرة عليه، وبذلك يساهم الطبيب بالمحافظة على صحة أفراد مجتمعه.

4 ـ على الطبيب إبلاغ الجهات المختصة عن حالات الوفاة التي تحدث داخل مكان ممارسته لمهنته سواءً حدثت الوفاة قبل أو بعد قدوم المتوفى باعتباره مبلغاً عن الوفاة، ويكتب تقريراً عن الوفاة.

5 ـ على الطبيب أن يساعد في حفظ الأمن وفي تطبيق القانون، من خلال إبلاغ الجهات المختصة عن الإصابات والحوادث ذات الشبهة الجنائية، مثل حالات الإصابة بأعيرة نارية أو الجروح النافذة أو القاطعة المشتبه بها، أو غيرها من الإصابات المشكوك بأن تكون لها شبهة جنائية، مع كتابة تقرير طبي مفصل عن الحالة عند معاينتها من قبلّ الطبيب.

6 ـ شهادة الأطباء أمام القضاء: على الطبيب مسؤولية أمام القضاء للوصول للحقيقة والعدل وتطبيق القانون، لذلك عليه أن يدلي بشهادته عندما يُطلب منه أن يقدمها بأمانة وبصدق وبتجرد مبنية على الحقائق الطبية بعيداً عن أي اعتبارات شخصية وبدون أي تحيز.

7 ـ على الطبيب أن يمتنع عن أي ممارسات غير شرعية تضر المجتمع وتنتهك حقوق الإنسان التي كفلها المجتمع مع كل الاحترام لكرامة الإنسان، ويجب أن ننوه إلى أن بعض السلوكيات غير الأخلاقية وبعض الانحرافات قد تضر بمصداقية الأطباء، وقد تؤدي إلى نتائج عكسية تضر بصحة الإنسان وكرامته.

8 ـ على الطبيب المكلف بالرعاية الطبية للأشخاص المسجونين أن يوفر لهم رعاية صحية من نفس النوعية والمستوى المتاحين للأشخاص الآخرين غير المسجونين، كما لايجوز للطبيب تحت أي ظرف أن يقدم أو أن يشجع أو أن يساهم في أية ممارسة تعذيبية لأي فرد من أفراد المجتمع بغض النظر عن جرمه وتحت أي سبب، وعليه أن ينظر إلى السجين على أنه إنسان قبل كل شيء بغض النظر عن السبب الذي أدى لدخوله السجن، ومن أشهر هذه الفضائح من الناحية الأخلاقية في مجال البحث العلمي الطبي ماحدث في ألمانيا حيث أجرى الأطباء الألمان التجارب الطبية أثناء الحرب العالمية الثانية والتي تم فضحها في محاكمات نورمبرج عام 1944، وعام 1945 حيث تمت إدانة 23 طبيباً نازياً كانوا يقومون بإجراء تجارب على الأسرى والمعتقلين (اليهود والبولنديين والروس والغجر). ولم تؤد هذه التجارب إلى اكتشافات علمية أو أي تقدم في مجال الطب.



الشكل رقم (1): يوضح مشاركة الطبيب في التعذيب

ويحظر على الطبيب التواطؤ أو التحريض على هذه الأفعال، وكذلك يحظر عليه استخدام معلوماته ومهاراته المهنية للمساعدة في استجواب الأشخاص مما قد يتسبب ذلك بضرر على صحتهم البدنية أو العقلية.

9 ـ على الطبيب أن يكون صادقاً وأميناً ودقيقاً عند كتابة الشهادات والتقارير الصحية المطلوبة منه، مثل تقارير الحضور، أو الإجازات المرضية، أو تقارير عن حالة المريض الصحية، وعليه ألا يكتب تقريراً طبياً مخالفاً للحقيقة سواءً كان ذلك بسبب الخوف أو التخويف أو بسبب القربى والمعرفة أو من أجل الحصول على مقابل مادي أو معنوي أو لأي سبب آخر.

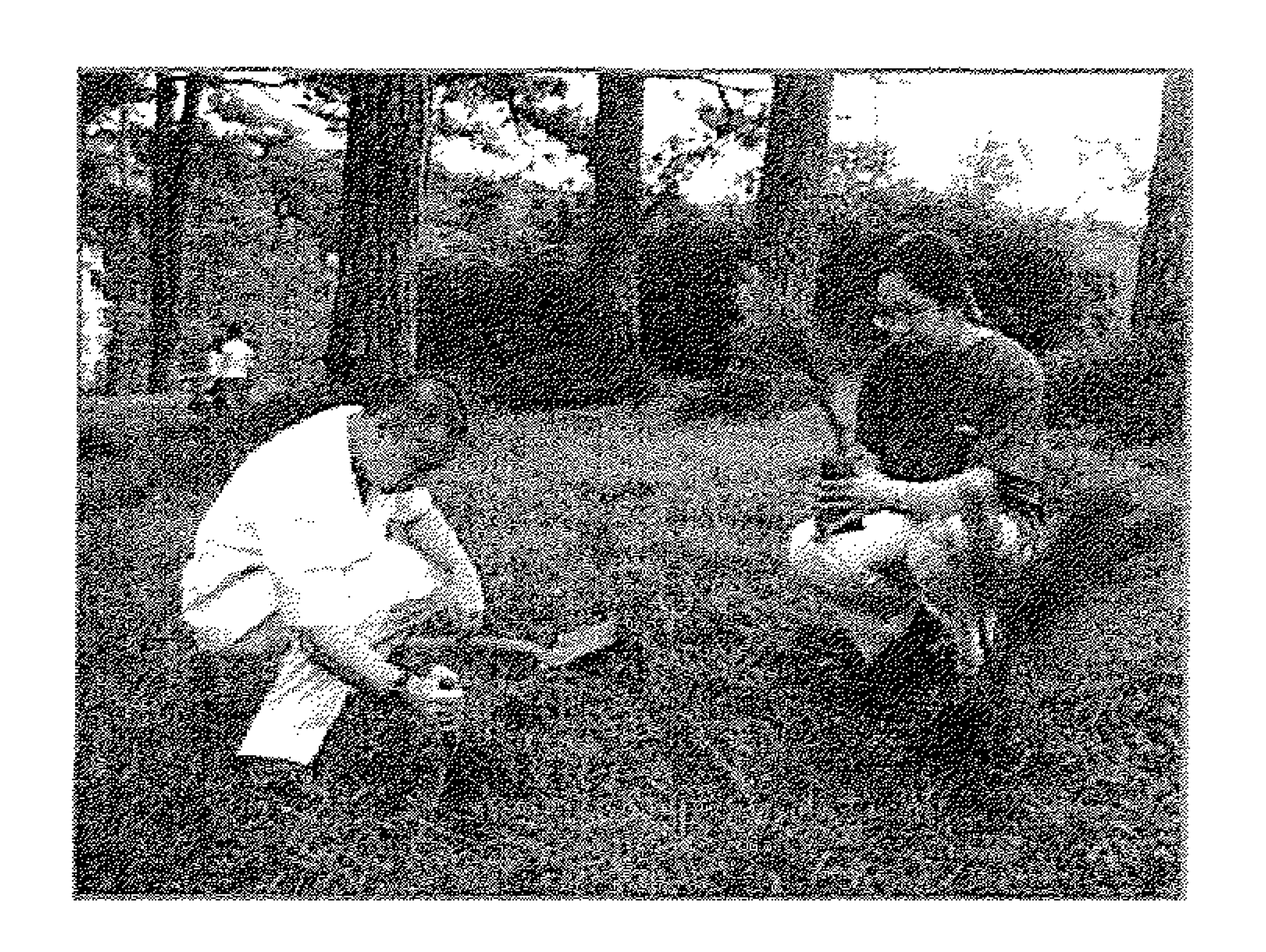
10 ـ على الطبيب أن يقوم بالمشاركة بالبحوث والدراسات الطبية والإحصائيات التي تفيد المجتمع، وتحسن الخدمات الصحية المقدمة لأفراد المجتمع.

11 ـ المشاركة في التوعية الصحية للمجتمع من خلال وسائل الإعلام المختلفة مثل التليفزيون والإذاعة والصحف والمجلات ... من أجل تقديم المعلومات الصحية المفيدة للمجتمع، ويجب أن تكون مخاطبة الجمهور بأسلوب مبسط يلائم المستوى الثقافي للمستمع أو للمشاهد غير المتخصص، وعلى الطبيب أن يتجنب طرح الآراء العلمية غير المؤكدة أو الموضوعات المختلف عليها والتي ماتزال قيد المناقشة وعليها جدال علمي والتي تكون مناقشتها فقط في الجلسات العلمية الخاصة فقط، وعلى الطبيب أن يدرك مسؤوليته في عرض الآراء الموثوقة والمقبولة مهنياً، وعليه أن يوضح ما إذا كان يعرض آراءً شخصية أو آراء مخالفة لما هو مقبول مهنياً.

12 ـ الحفاظ على الموارد الصحية ـ البشرية منها والمادِّية ـ المتاحة بين يديه، وعدم إهدارها واستخدامها بالطريق الأمثل، فمثلاً عليه تجنب إجراء الفحوصات المخبرية والاستقصاءات والاستشارات الطبية والعمليات الجراحية غير الضرورية للمريض، وعلى الأطباء توظيف ما لديهم من خبرات مهنية للمشاركة في عملية اتخاذ القرارات الخاصة بتوزيع الموارد الطبية المحدودة أو ترشيد استهلاكها مثل ترشيد استخدام الدواء، بما يكفُل حماية مصلحة المريض، وبما يضمن تحقيق مبدأ العدالة والمساواة بين أفراد المجتمع.

13 ـ على الطبيب أن يكون مطلعاً على كل جديد في المجالات الطبية، وعلى آخر المستجدات الطبية النظرية والتقنيات من خلال حضور المؤتمرات والمحاضرات وبرامج التعليم الطبي المستمر التي تسهل فهم طرق التشخيص والعلاج، مما يسهم في الارتقاء بالمستويات العلمية للأطباء ويثري خبراتهم وتطور أدائهم.

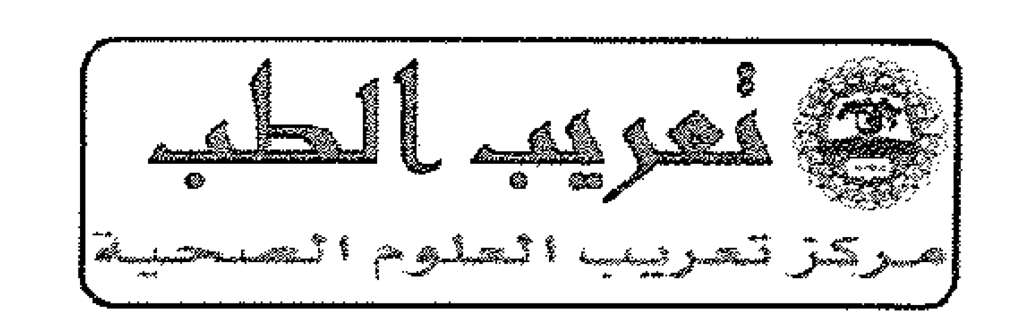
14 ـ على الطبيب أن يساعد المجتمع في التعامل مع عناصر تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وحماية البيئة، فالبيئة بمفهومها الواسع هي عامل أساسي في انتشار الأمراض المعدية ،لذلك كانت إحدى طرق مكافحة العدوى هي الإصحاح البيئي، وهنا يأتي دور الطبيب في فهم العلاقة والربط بين المؤشرات البيئية والمؤشرات الصحية والقيام بالدراسات الميدانية الصحية والبيئية، وإلقاء الضوء على الآثار الصحية المرتبطة بالأوضاع البيئية، واقتراح الحلول الممكنة من أجل الإصحاح البيئي، والمساهمة في وضع السياسات الصحية البيئية.



الشكل رقم (2): الطبيب وإصحاح البيئة

15 ـ على الطبيب أن يتفانى في خدمة أفراد مجتمعه أثناء حدوث الكوارث، مثلاً عند حدوث الزلازل والفيضانات، ويقدم كل ما لديه لتقديم المساعدة الطبية للمنكوبين، ويمكن أن يتطوع بالذهاب إلى أماكن الكوارث لتقديم المساعدة الطبية، وخاصة أطباء التخصصات الجراحية.

المراجع:
ـ منظمة الصحة العالمية ـ الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية ـ2007.
ـ لائحة آداب مهنة الطب في مصر ـ عام 2003
http://ar.wikisource.org
http://www.tatweerserv.net
(الجمعية السعودية لطب الأسرة والمجتمع)
ـ كتاب أخلاقيات مهنة الطب ـ الهيئة السعودية للتخصصات الصحية ـ الطبعة الثانية 2003



العـــــدد 26
أكتـــوبر 2009

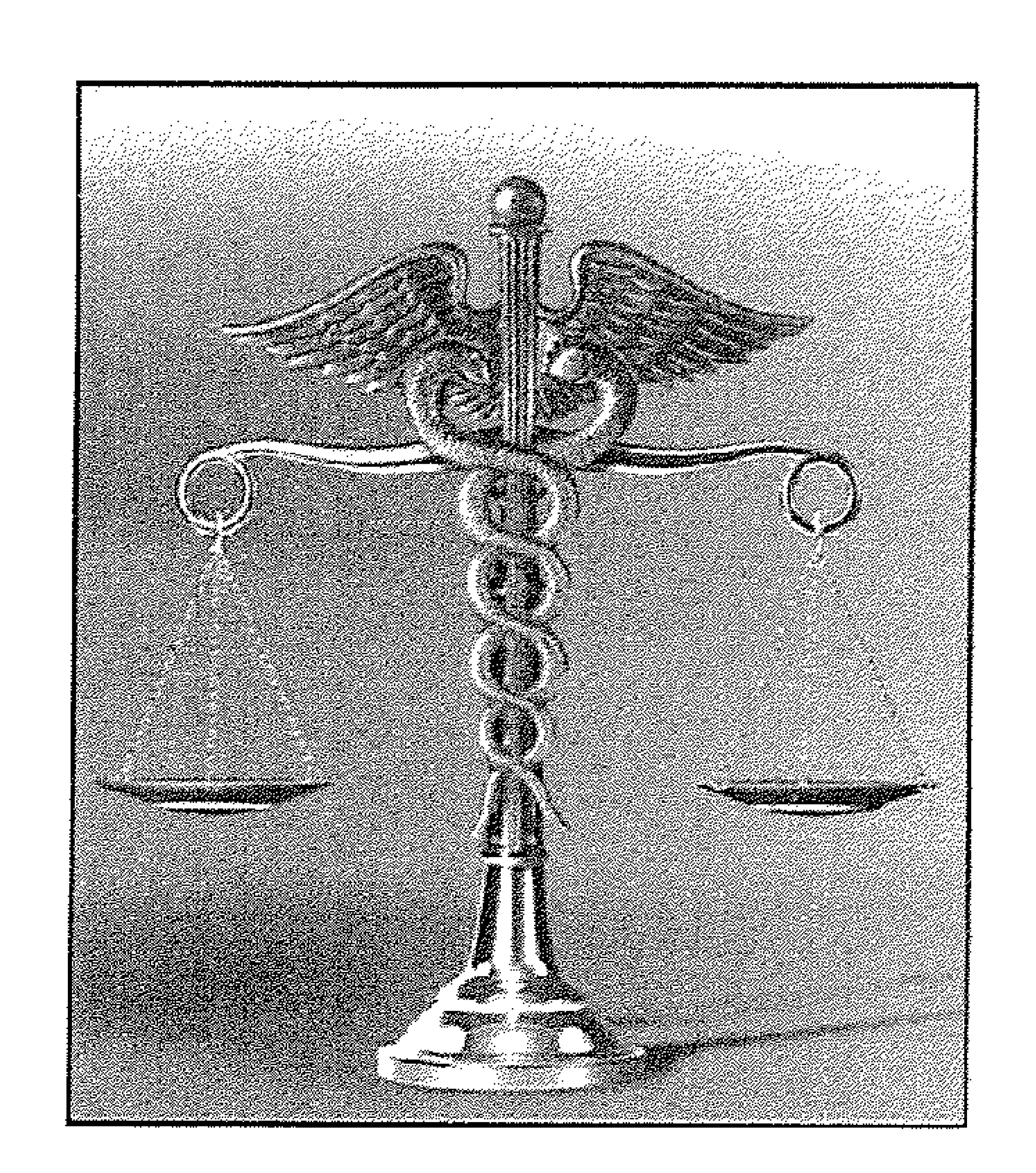
الطـــب والقضـــاء

د. أشـرف رمسيـس*

يعتبر التقرير الطبي من أهم المستندات التي يستعين بها القضاء لتحقيق العدالة، وهو سلاح ذو حدين إذ في حين يُعتمد عليه كمرجع لبيان الحقيقة وإنارة السبيل في الكثير من القضايا، إلا أنه قد يكون سبباً في تشويه الوقائع التي ترتكز عليها أحكام القضاء.

*** يستدعى الطبيب كشاهد أو خبير لتبصير القضاء بأمور طبية وعلمية متخصصة ذات علاقة وثيقة بالقضايا المنظورة وعلى سبيل المثال لا الحصر: ـ**

- **قضايا الحجر** والتي يتم رفعها للحجر على أحد الأشخاص من قبل أقارب الدرجة الأولى غالباً، وذلك لتحديد مدى أهلية هذا الشخص وما إذا كان مدركاً لأفعاله وتصرفاته وقادراً على إدارة مصالحه وممتلكاته وأمواله من عدمه، وتكمن أهمية التقرير الطبي وشهادة الطبيب في أن بعض هذه القضايا يكون كيدياً ولتحقيق أطماع ومصالح خاصة، وبالتالي يضع الرأي الطبي المتخصص والأمور في نصابها الصحيح.
- **قضايا المسؤولية الجنائية** والتي يدفع فيها محامي المتهم بعدم سلامة القوى العقلية لموكله، حيث إن أغلب هذا النوع من القضايا يكون الاتهام فيها بالقتل أو إلحاق الأذى الشديد بالغير ويتم في هذا النوع من القضايا وضع المتهم في مستشفى الطب النفسي، وعرضه على لجنة من إخصائيي الطب النفسي لتحديد الحالة العقلية والنفسية للمتهم وما إذا كان يعد مسؤولاً عن أفعاله وقت ارتكاب الحادث من عدمه.
- **قضايا الاغتصاب** والتي يدعي فيها المتهم بأنه عنين ويتم فيها إجراء الفحوصات اللازمة لبيان صحة الإدعاء من عدمه.
- **قضايا البنوة وتحديد النسب** ويتم فيها عمل فحوصات متخصصة لتحديد الزمر الدموية (Blood groups) وعمل البصمة الوراثية.



الشكل رقم (1) : ميزان العدالة في الطب.

* استشاري الطب الشرعي ـ دولة الكويت.

- **قضايا التأمين** ويتم فيها تحديد الحالة الصحية لدى المؤمن عليهم وقت التعاقد مع شركات التأمين، ويعتمد على رأي الطبيب للفصل في مدى صحة التعاقد من عدمه في القضايا المرفوعة بين الطرفين.

- **قضايا إصابات العمل** وأمراض المهنة ويتم فيها تحديد الإصابات التي لحقت بالعامل أثناء العمل أو بسببه وطبيعة العلاج ومدته، وما إذا كان قد تخلف لديه عاهة مستديمة من عدمه ليحدد القاضي التعويض المناسب، كما يتم تحديد ما إذا كان ما يشكو منه العامل من مرض يُعد من الأمراض المهنية وحدث نتيجة العمل من عدمه، وللطبيب دور مهم في هذا النوع من القضايا خاصة لتحديد مدى صحة ما يدعيه العامل حيث يدعي البعض على سبيل المثال بأنه أصيب بانزلاق غضروفي نتيجة مجهود بدني أثناء العمل وتثبت الفحوصات وجود تغيرات مرضية منتشرة بالفقرات لديه وأن ما يعاني منه مجرد حالة مرضية في الأصل وقد يكون للمجهود البدني دور في إظهارها أو مضاعفتها ولكنه ليس المسبب لها.

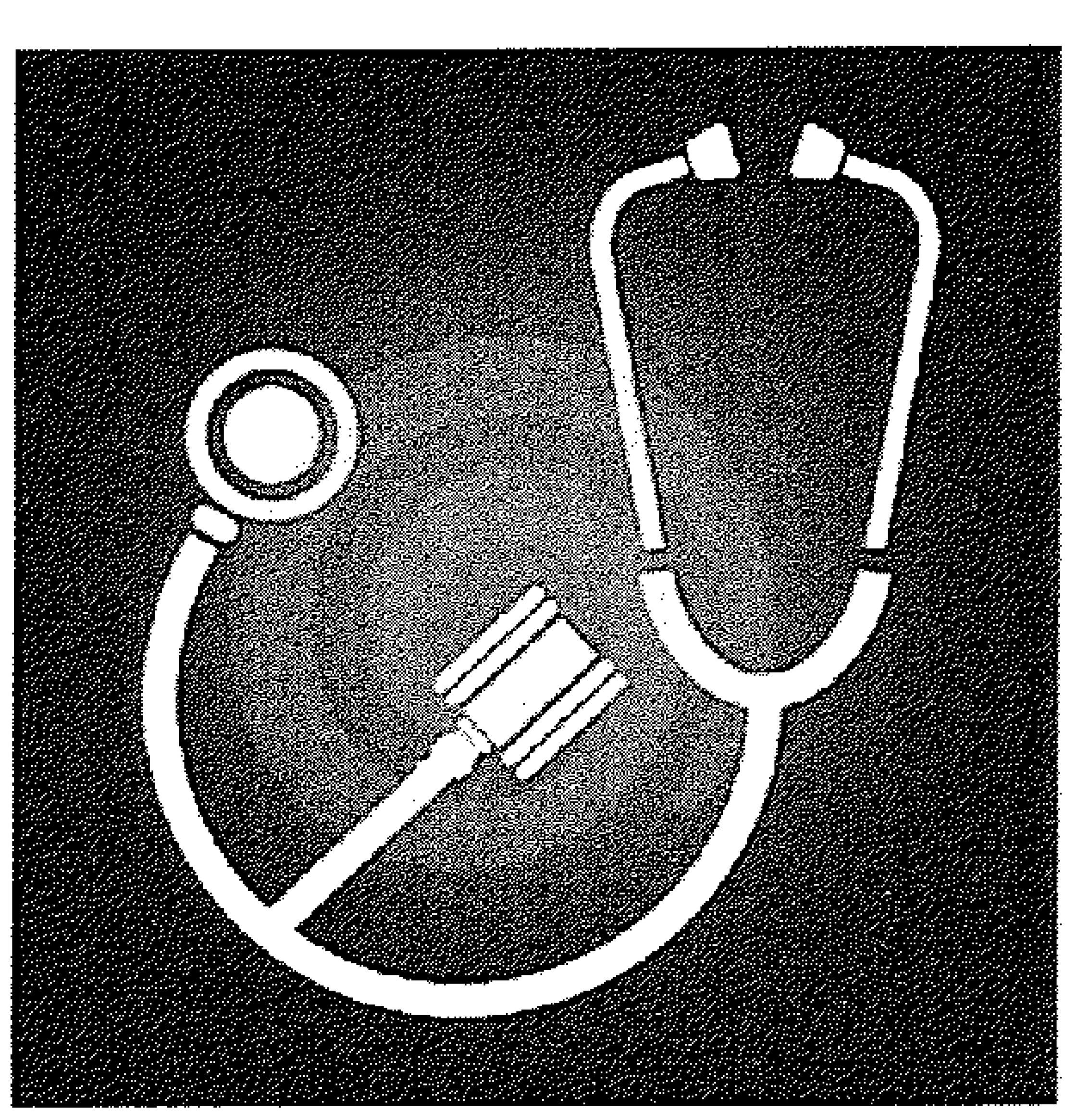
- **قضايا إدعاء المرور** وهي القضايا المختصة بالإصابات الناتجة عن حوادث السيارات ويتم فيها تحديد الإصابات وما تخلف عنها من إعاقات وعاهات مستديمة لتحديد التعويض المناسب لكل حالة.

* **وكما يُطلب الطبيب كشاهد أو خبير أمام القضاء فإنه أيضاً يدخل في دائرة المساءلة والاتهام في قضايا المخالفات الطبية الجنائية ويمكن حصر هذه المخالفات على النحو التالي: -**

- **المخالفات العادية**

وهي المخالفات التي لا صلة لها بالأصول الفنية لمهنة الطب ومن أبرزها ممارسة العمل الطبي دون ترخيص من الجهات المختصة أو الحصول على الترخيص بطرق غير مشروعة أو ببيانات غير مطابقة للحقيقة أو انتحال لقب طبي يخالف الحقيقة.

كما تنطبق على الطبيب الذي يمتنع عن علاج مريض أو لم يقدم له العناية المطلوبة لحالته، أو أن يتدخل علاجياً دون موافقة المريض أو وليه إذا كان المريض ناقص الأهلية، أو أن يقصر في تبصير المريض أو وليه بطبيعة المرض وخطورته ومدى تأثير الإجراء الطبي عليه، ويستثنى من ذلك التدخل الطبي في الحالات العاجلة والخطيرة لأن الضرورات تبيح المحظورات أما إذا امتنع المريض عن العلاج فلا تكون هناك مسؤولية على الطبيب.



الشكل رقم (2): الطبيب أمام القضاء

كما يدخل في نطاق هذه المخالفات إفشاء السر المرضي سواء عرفه من المريض أو من خلال فحصه للمريض، ويستثنى من ذلك مشروعية الإبلاغ عن الوفيات الجنائية أو الإبلاغ عن مرض يهدد سلامة المجتمع إذا طلب منه ذلك من جهة قضائية.

وأيضاً إجراء العلاج لتحقيق مصلحة خاصة كتجربة تأثيرات عقار معين أو إجراء جراحي غير موثق وغير معترف به في الأوساط الطبية، أو أن يحدث تداخل جراحي بجسم المريض لتمكينه من تحقيق مصلحة خاصة كالتهرب من أداء الخدمة العسكرية.

- **المخالفات الطبية الفنية**

* هي الأخطاء التي لا يلتزم فيها الطبيب بالأصول الثابتة والقواعد الطبية المتعارف عليها بين الأطباء، وأن يمارس علاجاً صادراً من جهة غير معتبرة وغير موثقة من الجهات الطبية المختصة.

وهذا النوع من المخالفات ينقسم إلى شقين:

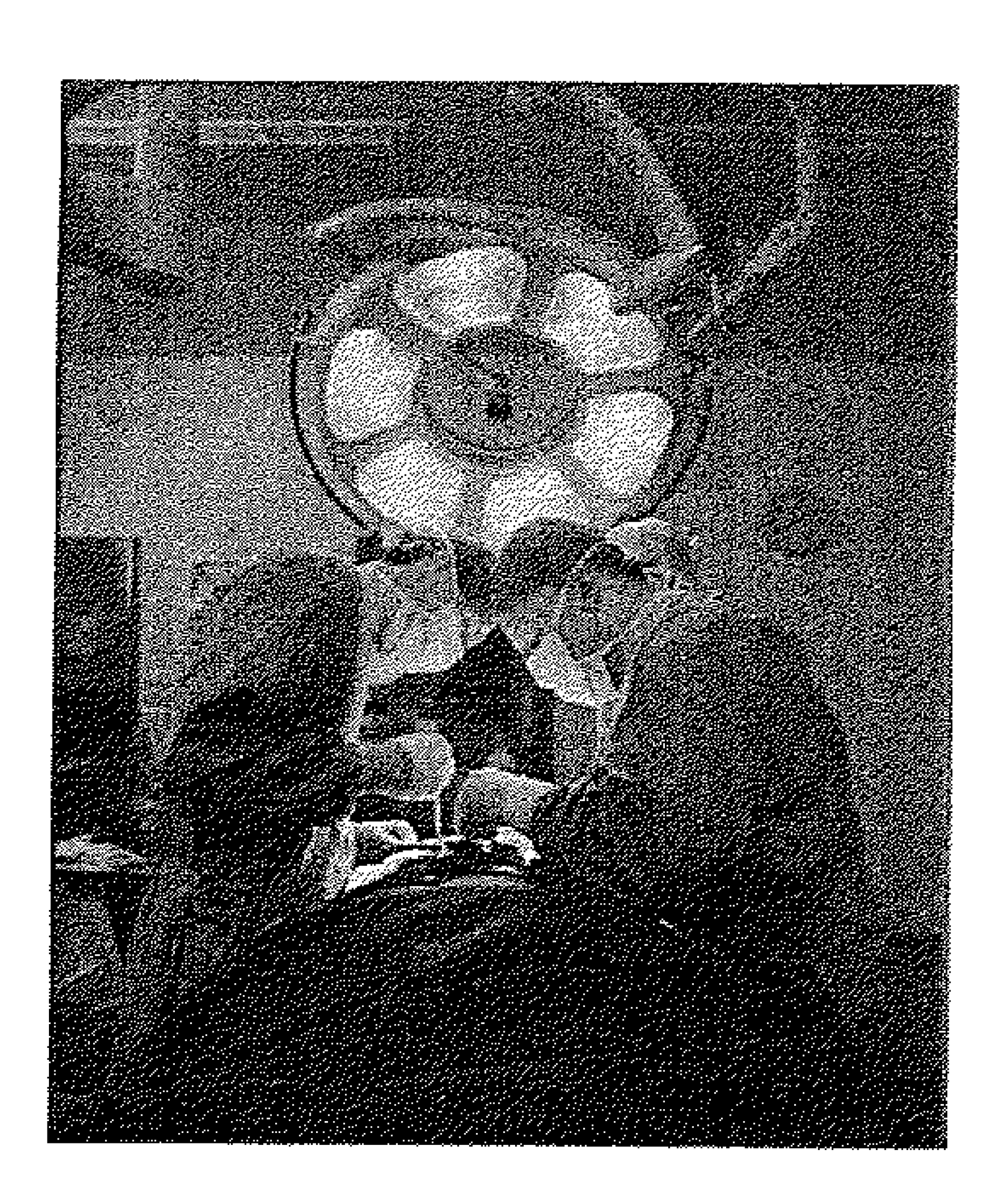
1 ـ الخطأ في التشخيص

يجب أن تكون الموجـــودات (Findings) في المريض تتفق مع تشخيص الطبيب ولابد أن يكون تشخيصاً خاطئاً جسيماً لا تختلف فيه الآراء الطبية وبالتالي يعتبر تشخيصاً نتيجة جهل أو إهمال أو تسرّع .

2 ـ الخطأ في الإجراءات

وهو أن تكون الإجراءات العلاجية غير مناسبة لحالة المريض أو بعيدة عن تخصص الطبيب، كأن يجري طبيب متخصص في أمراض النساء والولادة تدخل جراحي في الجهاز الهضمي أثناء إجرائه عملية قيصرية على سبيل المثال أو أن يقوم جرّاح مسالك بولية بعملية بواسير (Piles) أو ناسور وتنتج في الحالتين مضاعفات من جرّاء ذلك.

ويندرج تحت هذا البند عمليات تغيير الجنس والإجهاض غير المبرر طبياً أو استئصال عضو أو جزء من المريض دون موافقته المسبقة وهناك حالات كثيرة قام فيها الطبيب باستئصال أعضاء دون علم المريض بغرض الإتجار في الأعضاء مستغلاً حاجة الكثير من المرضى بفشل في عضو أو أكثر من أعضاء الجسم.



الشكل رقم (3): قيام الطبيب باستئصال أعضاء دون علم المريض من المخالفات الطبية

كما يدخل في نطاق هذا النوع من المخالفات الأضرار الناتجة عن عمليات التجميل غير المبررة وغير الضرورية.

وبالإضافة إلى ذلك يُحاسب الطبيب إذا قام بإعطاء عقار لمريض يتعارض مع حالته الصحية وسبّب مضاعفات له أو أن يقوم بتدخل جراحي دون عمل الفحوصات اللازمة ويُفاجأ بوجود ما لم يكن في الحسبان وتحدث مضاعفات خطيرة أثناء الجراحة وعلى سبيل المثال أن يكون المريض يعاني من سيولة في الدم، أو يعاني من السكري ولم يتخذ الطبيب المحاذير اللازمة لمثل هذه الحالات وبالتالي تحدث مضاعفات خطيرة قد لا يمكن تداركها.

ونذكر هنا أيضاً موضوع أثار الكثير من الجدل ألا وهو موضوع القتل الرحيم بدعوى تخليص المريض الميؤوس من شفائه من الألم والمعاناة وهو أمر لا يملكه الطبيب ولا يحق له. كما يُساءل الطبيب إذا كان الضرر ناتجاً من أحد العاملين في الفريق الطبي المعاون له ومسؤوليته هنا غير مباشرة.

ويستند القضاء في مساءلة الطبيب إلى أن العمل الطبي هو ما يقوم به شخص متخصص من أجل شفاء الغير، وتخفيف المرض ووقاية الناس من الأمراض الجسمانية والنفسية، وأن يستند إلى أصول وقواعد ثابتة في عالم الطب مع بذل أقصى العناية وبالتالي يُحاسب الطبيب إذا ما خالف هذا التعريف من خلال ممارساته العلاجية المختلفة من فحص وتشخيص وأساليب علاجية.

المراجع:

- الأخطاء الطبية في ميزان القضاء للدكتور/ هاني بن عبد الله الجبير (موقع القضاء والقانون)
- موقع المحامي الأستاذ / محمد خالد المراد للتحكيم والمحاماة (الموقع السوري للاستشارات والدراسات القانونية)
- معيار خطأ الطبيب (تعليق على حكم محكمة التمييز الكويتية، الدائرة التجارية الثانية، جلسة 27/1/1992، الطعن).

تعريب الطب
مركز تعريب العلوم الصحية

العـــــدد 26
أكتــوبــر 2009

الطب الشرعي في خدمة المجتمع

د . عبدالمنعم الباز *

في البداية وقبل أن نتطرق لأهمية الطب الشرعي ودوره في خدمة المجتمع يهمني أن أسجل ملاحظة أن الطب النفسي والصحة العامة والطب الشرعي يمثلون أول فروع الطب التي يجب المبادرة بسرعة تعريبها . ليس فقط من منطلق الاعتزاز بلغتنا الجميلة وتسهيل استيعاب المعلومات لدارسي الطب ولكن لتسهيل حصول من هم خارج مهنة الطب على الحقائق العلمية التي تتعلق بهم .

وأذكر مثلاً رسالة ماجستير لصديق في قسم الطب الشرعي بجامعة المنصورة كان موضوعها عن آثار التلوث البيئي بمادة الرصاص على ذكاء الأطفال وهو موضوع هام كما نرى ويهم المجتمع ككل بهيئاته السياسية والصناعية والبيئية، لكن الرسالة للأسف ـ وكالعادة ـ كانت محررة باللغة الإنجليزية مما يجعل نطاق فهمها محدوداً على الأطباء فقط.

كما أن الطبيب الشرعي مطالب بتحرير تقرير بلغة بلاده بنتيجة ما شاهده واستنتجه من فحص مايتم عرضه عليه ولابد أن يتمتع بسلامة وسلاسة اللغة.

نعود لموضوع الطب الشرعي ونبدأ بتعريفه وهو الطب المختص بمساعدة القضاء وجهات التحقيق، وهو تعريف فضفاض لأن مهام الطب الشرعي متعددة ولا تقتصر ـ كما يتخيل البعض ـ على جلاء غموض بعض الجرائم.

والواقع أن الصورة النمطية التي تقدمها الأفلام السينمائية البوليسية للطبيب الشرعي، تقدمه فقط كمصدر للمعلومات عن توقيت الوفاة الجنائية وكيفية حدوثها رغم أن حالات الوفيات لا تكاد تصل إلى ربع عدد الحالات المعروضة على الطب الشرعي .

إذن ما المهام الممكنة للطب الشرعي؟

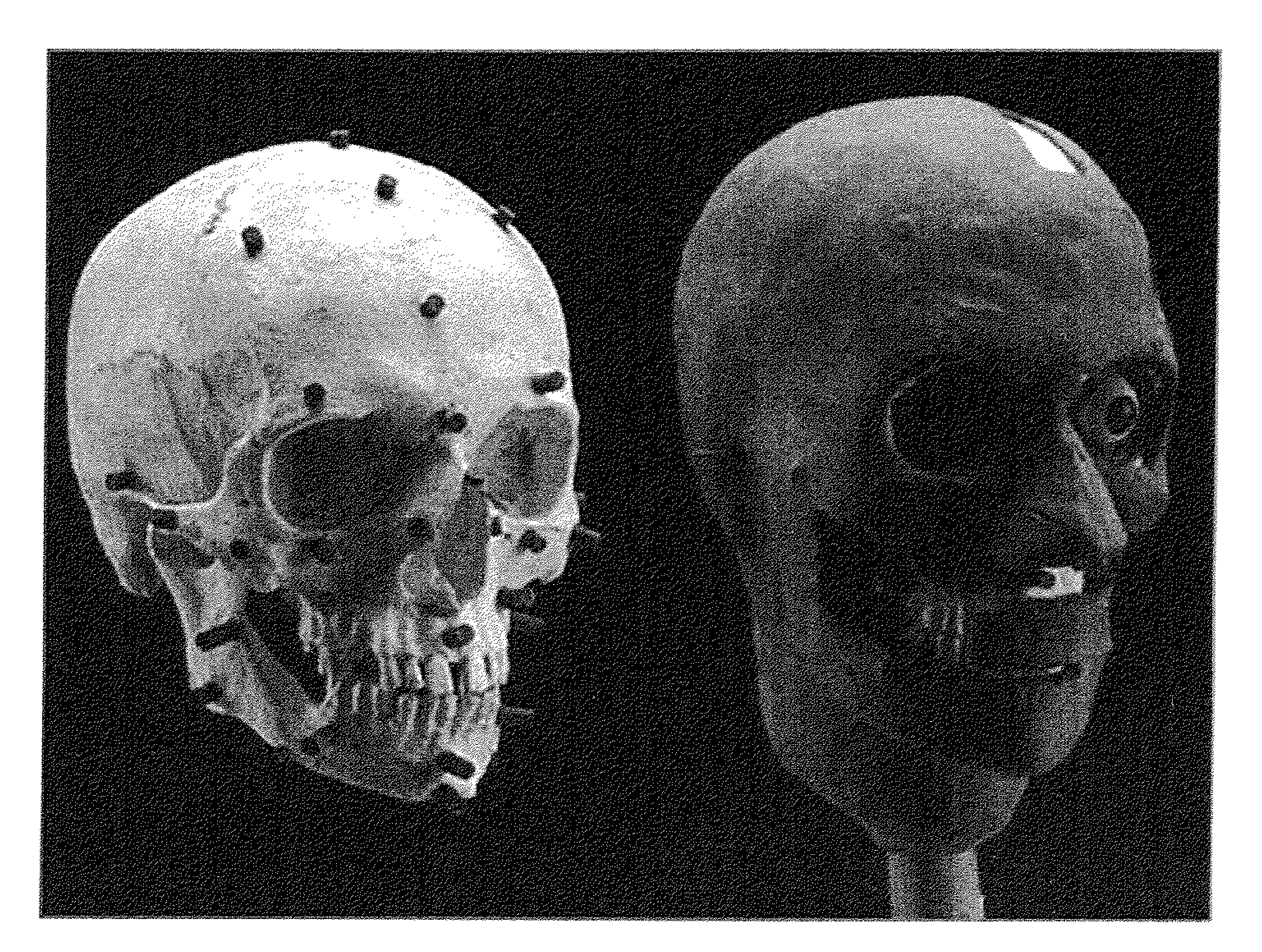
1 ـ الاستعراف:

وهو ينقسم إلى نوعين الأول يتعلق بالاستعراف على الجثث المجهولة (النوع والملامح المميزة والعمر التقريبي) سواء في القضايا الجنائية لتقليل نطاق البحث الجنائي، أو في حالات الكوارث الجماعية كغرق العبارة المصرية في البحر الأحمر منذ عام، وهي مهمة قد تكون صعبة في حالات التعفن وتشوه ملامح الوجه وقد تقتضي إجراءات فنية معقدة لإعادة تشكيل ملامح الوجه.

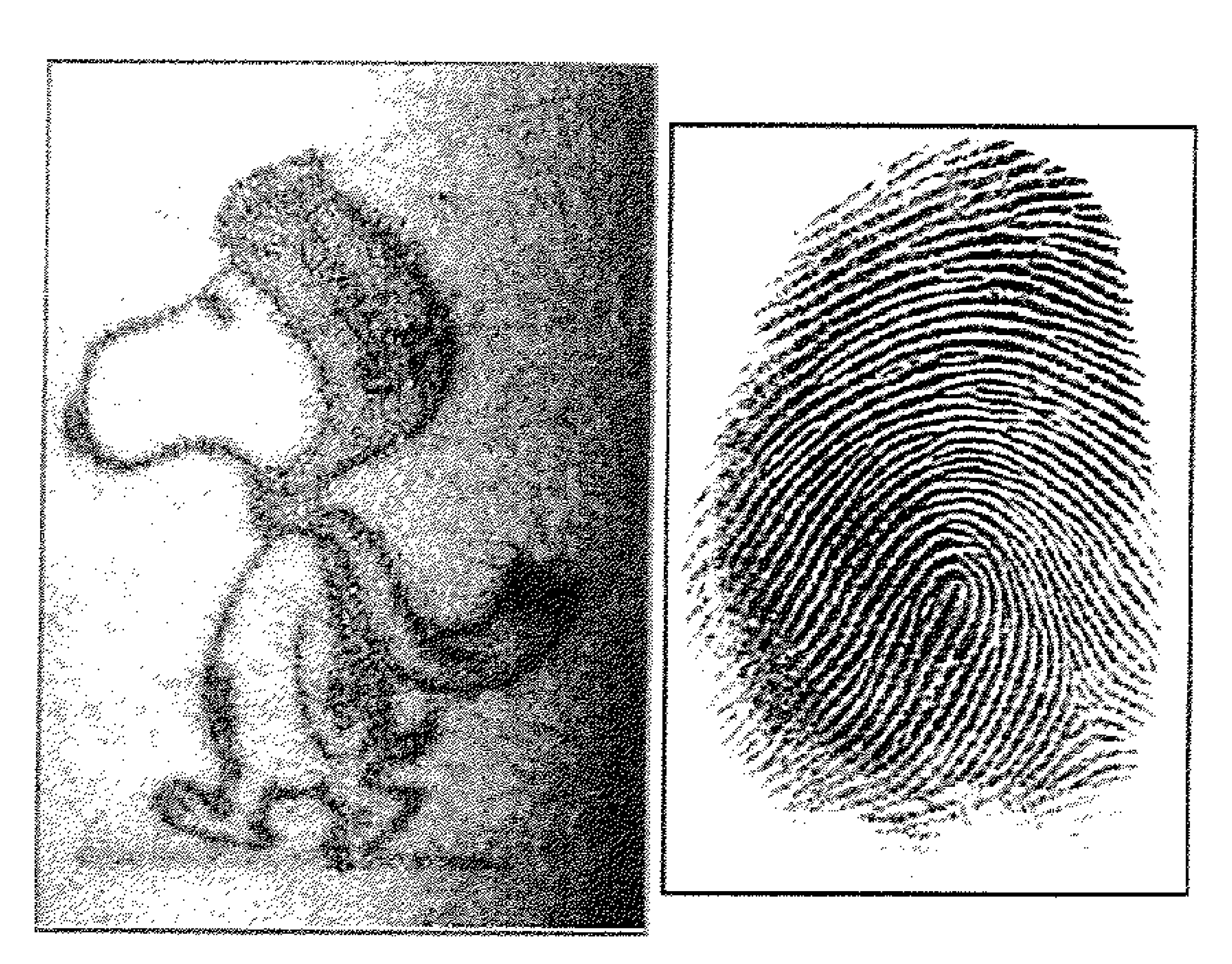
والثاني هو الاستعراف على الأحياء لتحديد أعمارهم (لأن هناك عقوبات مختلفة باختلاف العمر حسب قوانين الأطفال الأحداث مثلاً). أو للتعرف على صفاتهم المميزة لأغراض التحقيق الجنائي كبصمات الأسنان أو الشذوذات الخلقية (Congenital anomalies) أو حتى العلامات المرضية.

* اختصاصي الطب الشرعي، وزارة الصحة ـ دولة الكويت





الشكل رقم (1): صورة توضح إحدى مراحل إعادة تشكيل ملامح الوجه من جمجمة



الشكل رقم (2): البصمات والوشم من أهم الوسائل المستخدمة في الاستعراف على الجثث المجهولة

2 ـ تحديد سبب الوفاة:

لا يتم عادة عرض حالات الوفيات العادية أو الناجمة عن حوادث معروفة على الطبيب الشرعي سوى في حالة وجود اشتباه في كيفية حدوثها ـ كحالات الوفيات المفاجئة لأحد الشباب مثلاً ـ وذلك لأن عمل الطبيب الشرعي يقتضي غالباً تشريح الجثة للتأكد من سبب الوفاة. فضلاً عن ندرة الأطباء الشرعيين بشكل عام وضرورة تركيز جهوده على الوفيات المشتبهة جنائياً.

ويمكن تقسيم سبب الوفاة عموماً إلى ثلاثة أنواع:

أولاً: الوفاة المرضية وهي الناشئة عن مضاعفات حالة مرضية.

ثانياً: الوفاة الإصابية ـ أياً كان كيفية حدوث الإصابة ـ ومضاعفاتها والتي قد تستمر في التفاقم على مدى شهور بعد حدوث الإصابة نفسها (ما دام هناك رابطة سببية واضحة بين الإصابة ومضاعفاتها).

ثالثاً: الوفاة التسممية (سواء بسبب عارض أو انتحاراً أو نتيجة القتل).

ومن الطبيعي أن يتركز عمل الطبيب الشرعي في الوفيات الإصابية والتسممية إلا أنه قد يقوم بفحص وتشريح حالات الوفيات المرضية في حالات ادعاء الإهمال الطبي ومضاعفات العمليات الجراحية (كالوفاة أثناء التخدير) أو لمجرد التأكد من طبيعة الحالة المرضية (في حالة وفاة مسجون داخل الحجز مثلاً لنفي شبهة التعذيب).



الشكل رقم (3): صورة لإحدى عمليات التشريح للتأكد من سبب الوفاة

كما يمتد عمل الطبيب الشرعي في حالة الوفيات مجهولة التوقيت لتحديد المدة الزمنية المنقضية على الوفاة وذلك وفقاً للتغيرات الرمية المشاهدة بالجثة والتي يختلف معدل حدوثها وتتابعها حسب الظروف المحيطة بالجثة كدرجة الحرارة والرطوبة وحسب حالة الجثة نفسها بل والمجهود العضلي المبذول قبل الوفاة مباشرة مما يجعل هذا التقدير تقريبياً وذا هامش واسع نسبياً يصل لعدة ساعات وليس بالدقة المتناهية التي يتم ذكرها في الأفلام والمسلسلات.

3 ـ الإصابات:

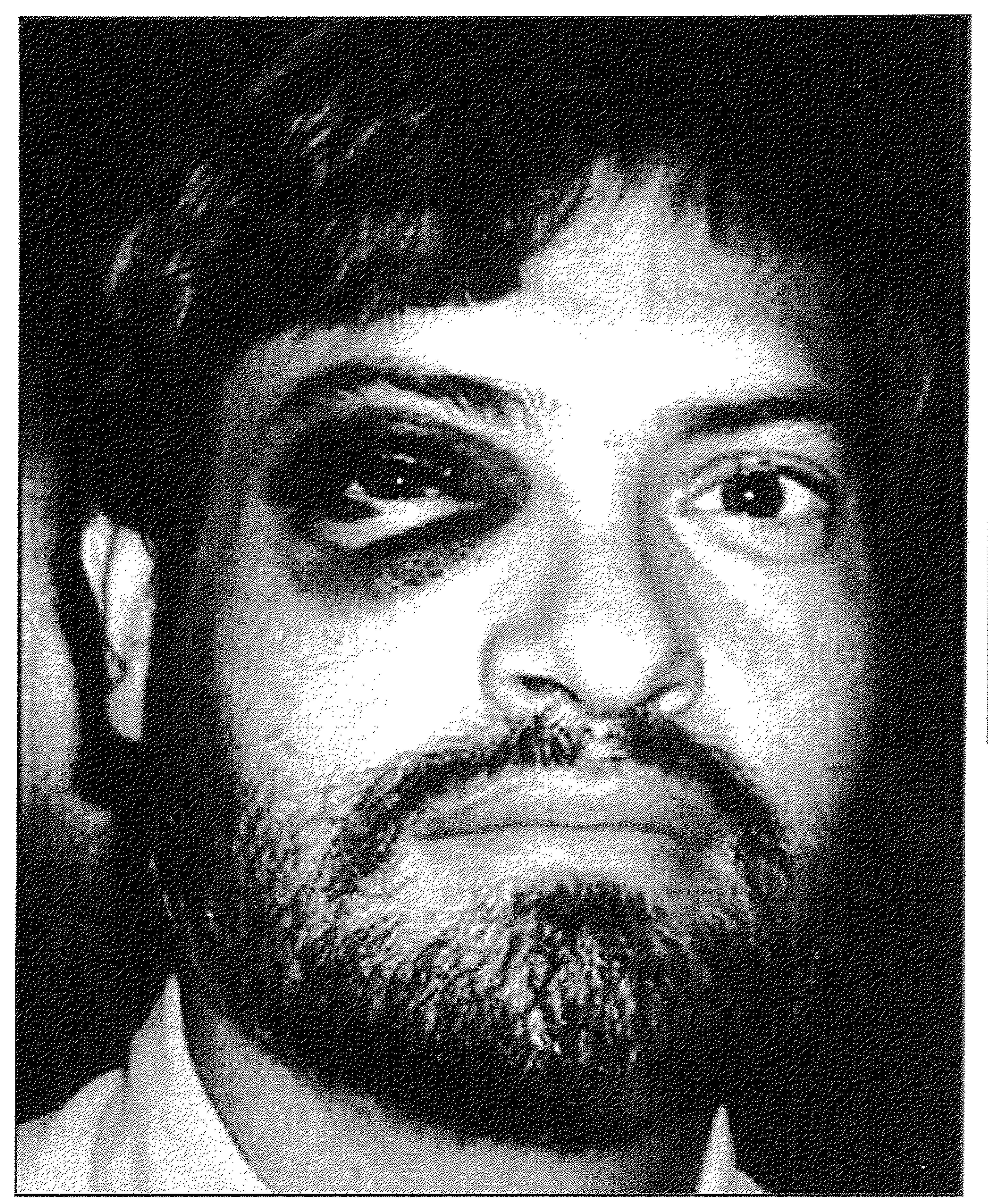
لعل التركيز على دور الطب الشرعي في التعامل مع حالات الوفيات يرجع لعدة أسباب أهمها خطورة جريمة القتل وعدم وجود شهود عليها في أحيان كثيرة وضرورة تحديد ملامح الجريمة للمسارعة في ضبط القاتل.

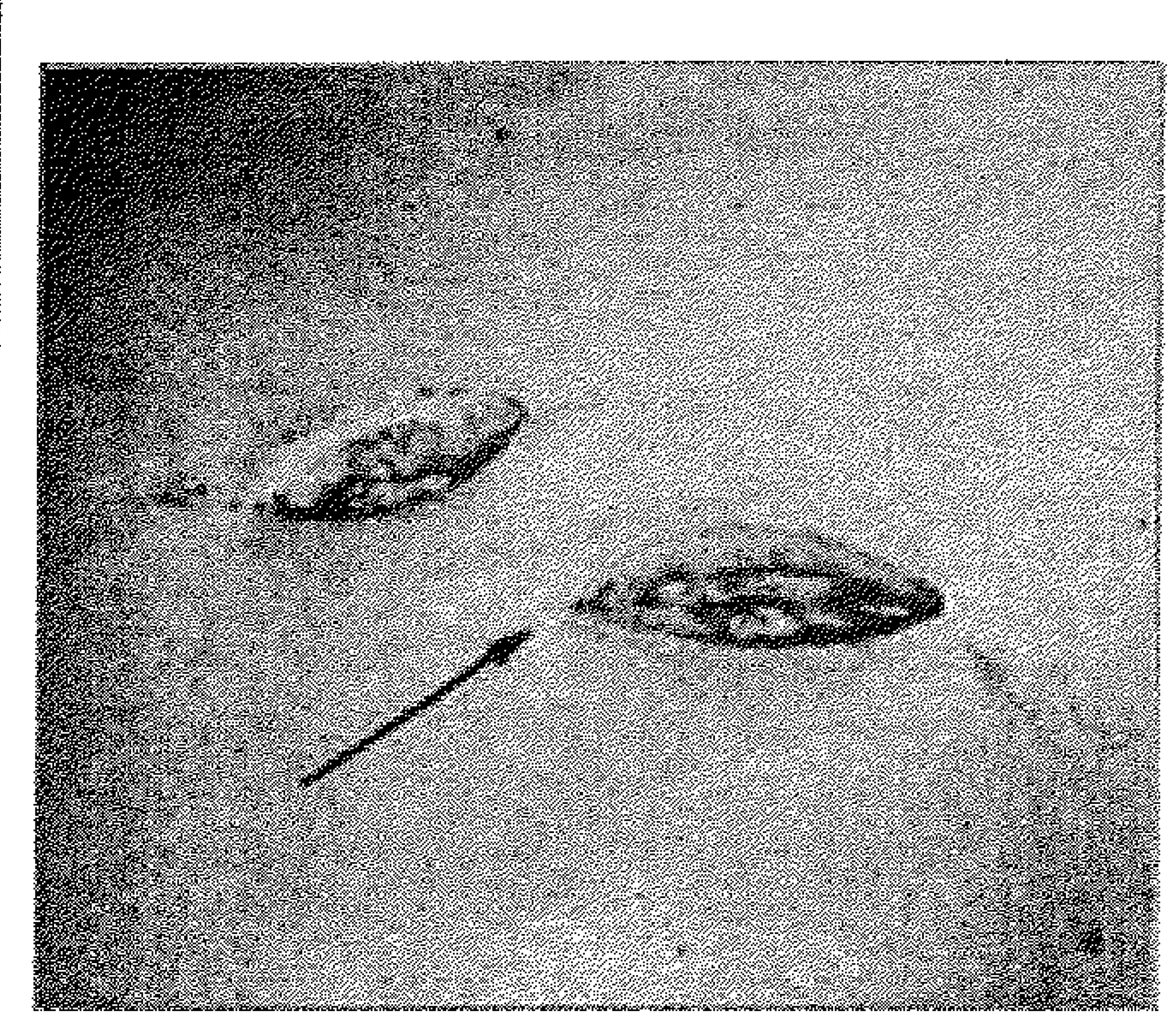
كما أنه في حالات الأحياء يمكن في كثير من الأحيان الاستعانة (أو حتى الاكتفاء) بتقارير الجهات الطبية التي تقرر بوقوع إصابات مثلاً أو إجهاض أو خلافه. وتعتبر هذه التقارير تقارير طبية شرعية رغم أنها ليست صادرة عن أطباء شرعيين متخصصين، فالعبرة أنها تقارير طبية مقدمة لخدمة العدالة ولعلنا لا نبالغ حين نقرر استحالة أن يقتصر عرض المصابين على الأطباء الشرعيين فقط لأن أعداد المصابين المتزايدة والتي تصل إلى عشرات الآلاف سنوياً في دولة مثل مصر لا يمكن عرضها جميعاً على الطبيب الشرعي المتخصص ويكتفي عادة في الإصابات البسيطة بالتقارير الطبية التي تحررها المستشفيات.

وهو ما يضع مسؤولية كبيرة (قانونية وإنسانية) على عاتق الطبيب العادي الذي يعتبر شاهداً فنياً وعليه أن يتحرى الدقة والأمانة في وصف ما يراه. فضلاً عن أن معالم الإصابة قد تتغير مع الوقت وعوامل الشفاء مما يجعل الطبيب الشرعي يعتمد على هذه التقارير الطبية الأولية في معرفة معالم الإصابة وقت حدوثها.

ويختلف التقرير الطبي الشرعي عن التقرير الطبي العادي في أنه يتطرق ليس فقط لوصف الإصابة ولكن لكيفية حدوثها والأداة المستخدمة في إحداثها، وكذلك توقيت حدوثها (فقد تكون الإصابة قديمة ويدعي المصاب أنها حدثت في مشاجرة حديثة مثلاً) ومدة علاجها ومآلها (أي هل ينتظر شفاؤها دون تخلف عاهة مستديمة من عدمه وتحديد نسبة العجز (Disability) في الحالة الأولى).

وكل هذه النقاط تساعد جهات التحقيق والقضاء في





الشكل رقم (4): نموذج لإصابتين طعنيتين إلى اليمين وإصابة رضية بالعين إلى اليسار

التأكد من صحة الواقعة وأقوال الشهود كما تغير التوصيف القانوني للجريمة حسب جسامة الإصابة وخطورتها وقت حدوثها.

كما أن الطبيب الشرعي يهتم بأدق تفاصيل الإصابات كالخدوش (Scratches) مثلاً والتي قد لا يبالي بها الطبيب المعالج الذي يهتم بالإصابات الخطيرة كي يسارع بإنقاذ المصاب، في حين أن الخدوش والكدمات (Ecchymoses) البسيطة الموضعية قد تؤكد واقعة اغتصاب (Rape) جنسي مثلاً كما أن الجروح الدفاعية (وهي إصابات قطعية صغيرة باليدين) توضح حدوث تماسك بين الجاني والضحية وأن الإصابات غير عرضية ولكنها عن عمد. والجروح السطحية المجاورة لجرح قطعي (Incised wound) عميق تشير لمحاولات الانتحار (Suicide) (جروح ترددية).

ولا يفوتنا هنا الإشارة إلى الإصابات الافتعالية التي يحدثها المصاب في نفسه بنفسه أو بيد مواليه لادعاء أنه تعرض للضرب أو التعذيب ...إلخ ، حيث يسهل على الطبيب الشرعي اكتشافها بعلاماتها المميزة للعين الخبيرة بحيث يبرأ المتهم من تهمة ظالمة.

4 ـ القضايا المرتبطة بالجنس:

وتشمل تشكيلة متنوعة من ادعاء الاغتصاب أو هتك العرض أو الإجهاض الجنائي (Criminal abortion) أو إنكار الأبوة أو الشكاوى الزوجية من العنانة (Impotence) بغرض الطلاق. ولا يقتصر الكشف الطبي هنا على مجرد فحص الحالة ولكن يتم الاستعانة بالمختبرات وأخذ العينات اللازمة وكذلك الاستعانة بالأطباء المختصين في أمراض الذكورة.

(أ)

(ب)

الشكل رقم (5): (أ) جروح ترددية بالمعصم
(ب) جروح دفاعية بالأصابع

5 ـ القضايا المرتبطة بالأمراض النفسية:

وهي إما تتعلق بإدعاء أحد المتهمين أنه يعاني من مرض نفسي أو عقلي يجعله غير مسؤول عن تصرفاته (وبالتالي يجب إعفاؤه من العقوبة)، أو أن حالته العقلية تجعله ليس أهلاً للمحاكمة لأنه غير قادر على فهم التهمة والدفاع عن نفسه (لو أصيب بالجنون بعد الجريمة).

وهنا يجب عرض المتهم على لجنة طبية مختصة وملاحظة حالته لأيام طويلة في أحد المستشفيات النفسية الحكومية، والاطلاع على ملفات علاجه إن وُجد للتأكد من صحة ادعائه وبيان مدى تأثير ذلك المرض النفسي أو العقلي على وعي المتهم وقدرته على التمييز وعلى إرادته وقت ارتكابه الجريمة.

كما قد يقوم الأهل برفع دعوى للحجر على أحد الأقارب لإصابته بمرض عقلي أو نفسي يجعله غير قادر على إدارة شؤونه ويقدمون التقارير الطبية التي تؤكد ذلك، وهنا يجب التأكد من صحة هذه التقارير وأن الحالة ثابتة ومستقرة وغير قابلة للشفاء وأنها تؤثر على وعي (Awareness) المريض وإدراكه لما حوله وقدراته المعرفية وذاكرته ... إلخ.

وهناك بعض الإصابات الجسيمة بالرأس والتي قد تؤدي لفقدان الذاكرة أو تؤثر على التركيز أو تؤدي لتدهور القدرات العقلية مما يستدعي تعويض المصاب التعويض الملائم لشدة الحالة والتي يجب تقديرها هنا بمعرفة الأطباء النفسيين المختصين وبعد عمل الاختبارات النفسية اللازمة.

ويصح التنويه هنا لوجود تخصص دقيق هو الطب النفسي الشرعي (Forensic psychiatry) يفترض أن يقوم بفحص هذه الحالات كما يساعد في التعرف على سيكولوجية الجناة في بعض القضايا ـ كقضايا العنف المفرط ـ مما يسهل البحث عنهم.

إلا أن هذا التخصص لم يتم اعتماده حتى الآن في الدول العربية رغم أهميته وسهولة استحداثه بتوفير المزايا المناسبة التي تُشجع على التخصص فيه.

6 ـ قضايا المسؤولية الطبية:

وهي قضايا شكاوى المرضى أو أهلهم من عدم التعامل مع الحالة المرضية بصورة ملائمة سواء بتقصير في التشخيص أو العلاج أو الجراحة أو حتى تباطؤ التعامل الصحيح مع الحالة.

وبالطبع لا تكون معظم الشكاوى صحيحة بالضرورة حيث إن هناك مضاعفات محتملة للحالة المرضية الأصلية أو للعلاج نفسه (كمضاعفات التخدير مثلاً).

ومن هنا فإن الطبيب المعالج مطالب فقط ببذل أقصى عناية ممكنة وفق الأصول الفنية المعتمدة وليس مطالباً بتحقيق نتيجة الشفاء، فالوفاة والمضاعفات أو عدم تحسن الحالة كلها أمور واردة مع أفضل الأطباء.

ويلزم لإثبات مسؤولية الطبيب عن تدهور حالة المريض

أن يتم إثبات وقوع خطأ من جانبه (سواء بفعل إيجابي كنسيان قطعة شاش مثلاً داخل البطن أو بفعل سلبي كعدم سرعة إسعاف حالة حادة كالنزف). وأن يتم إثبات وقوع ضرر بالمريض نتيجة لذلك الخطأ وبيان العلاقة السببية بين الخطأ الطبي والضرر الحاصل للمريض.

7 ـ إصابات العمل وأمراض المهنة:

رغم أن تخصص الصحة العامة يقترن عادة بهذه الحالات إلا أنه يحاول بالأساس الوقاية منها وعلاجها أو تخفيف آثارها، لكنها تدخل مجال الطب الشرعي من زاوية إثبات سببها وتحديد نسبة العجز والناشئة عنها كي يحصل العامل أو الموظف على التعويض المناسب لحالته من جهة عمله.

وتتنوع أمراض المهنة من أمراض الجهاز التنفسي الناشئة عن استنشاق الغبار (كالأتربة الأسمنتية) حتى تعرض الأطباء للعدوى بالالتهاب الكبدي الوبائي. كما أن سكان المناطق المجاورة للمصانع والمحاجر معرضون للإصابة بالعديد من الأمراض البيئية، خاصة إذا لم يتم اتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة في هذه المصانع (بالفلاتر المناسبة مثلاً).

8 ـ القضايا المتعلقة بالمساجين:

كالإفراج الصحي عن بعض المساجين المصابين بأمراض خطيرة كالمراحل الأخيرة من السرطان وكذلك حضور حالات الإعدام القضائي وإثبات الوفاة.

إن مجالات الطب الشرعي كما نرى مترامية الأطراف لكنها في مجموعها تهدف قانونياً لتحقيق عدة أهداف وهي:

1 ـ إثبات وقوع الجريمة أو عدم وقوعها أصلاً: فكي يتم اتهام شخص بإحداث إجهاض مثلاً، لابد أولاً التأكد من وجود آثار للحمل وفحص الجنين المجهض (Aborticide) والتأكد أن سبب الإجهاض غير مرضي.

2 ـ إيجاد العلاقة السببية: ويُقصد بذلك العلاقة بين الجاني والأداة المستخدمة من ناحية وبين المجني عليه والإصابة من ناحية أخرى (فلا يمكن مثلاً القول بحدوث إصابة طعنية من سلاح ناري أو إصابة قطعية من عصا ...إلخ).

3 ـ بيان مدى مسؤولية المتهم عن الجريمة: سواء من خلال الأدلة المتخلفة عنه بمكان الجريمة أو المجني عليه وكذلك بيان مدى مسؤوليته عن أفعاله (في حالة إصابته بمرض عقلي) ومدى أهليته للمحاكمة.

4 ـ ضبط الآثار المادية والأدلة الجنائية: سواء من مكان الجريمة أو ملابس المجني عليه أو من أحشائه والعينات المأخوذة منه وعمل الفحوصات اللازمة لها لبيان حقيقتها وتحريزها بالطريقة الملائمة.

إنه عمل شاق يقتضي الدقة والأمانة ويحتاج إلى تعاون الجميع، كما أن التطور المتلاحق في العلوم الطبية الشرعية يقتضي تطوير المختبرات المعاونة لعمل الطب الشرعي وتوفير قاعدة بيانات شاملة لها بما يُسهل اكتشاف وتصنيف أي آثار يتم العثور عليها في مكان الجريمة وكذلك تطوير التقنيات المستخدمة في توثيق مسرح الجريمة وفحص الجثث والأحياء بما يحقق مزيداً من العدالة القوية والسريعة التي تُحلّق بأجنحة العلم إلى أعالي السماء

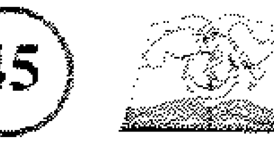
المراجع:

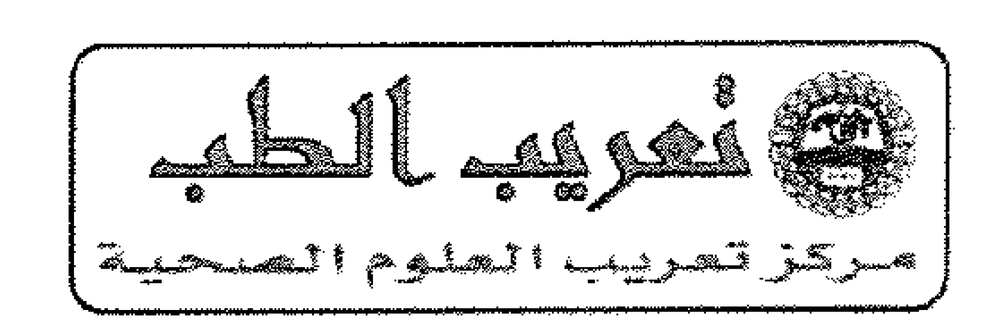
1 ـ الطب الشرعي بين الإدعاء والدفاع مجموعة مؤلفين نقابة المحامين ـ لجنة المكتبة والفكر القانوني 1992.

2 ـ الموجز الإرشادي عن الطب الشرعي، د.ج.جي ترجمة د.عاطف بدوي ـ المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية ـ الكويت

3-colour atlas of autopsy Scott A. Wagner CRC PRESS Boca Raton London New York Washington, D.C.2005.

4- colour atlas of Forensic .Pathology Jay Dix Boca Raton London New York Washington, D.C.CRC Press 2000



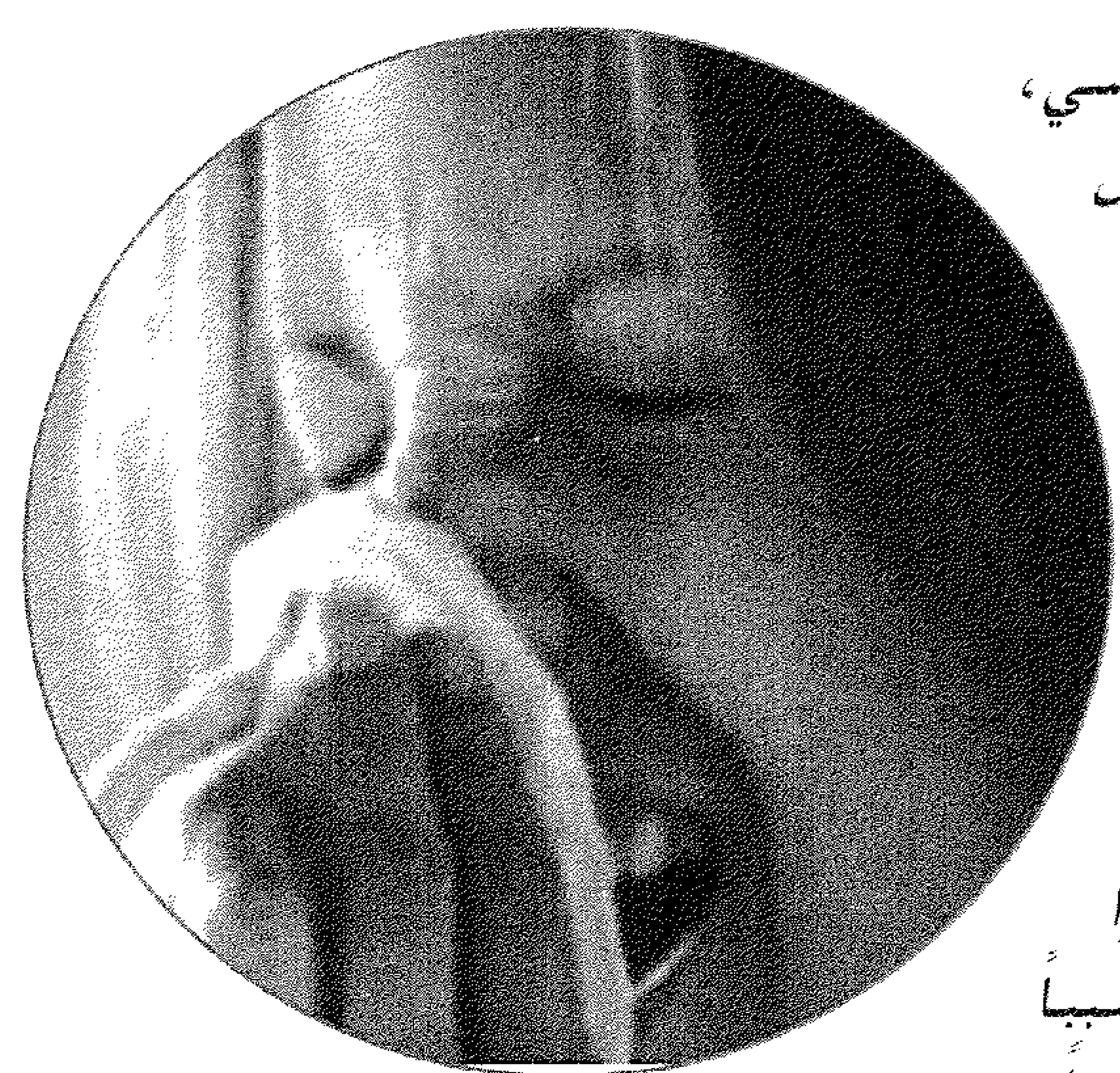


العـــــــدد 26
أكـــتــوبـر 2009

الأنفلونزا

د. هبة حافظ إبراهيم*

الأنفلونزا ڤيروس شديد العدوى يصيب الجهاز التنفسي، وينتشر من شخص لآخر بواسطة رذاذ العطس والسعال ، وبمقارنة الأنفلونزا بمعظم إصابات الجهاز التنفسي الڤيروسية الأخرى كالزكام (الرشح) نجد أن أعراض الإصابة بالأنفلونزا تكون شديدة جداً . ويشتهر ڤيروس الأنفلونزا بقدرته على إحداث العديد من الأوبئة العالمية الدورية أشهرها ما حدث في عام (1918)، وتسبب في وفاة أكثر من (20) مليون شخص في مختلف أنحاء العالم. ويحدث حالياً وباء من نوع آخر، هو وباء أنفلونزا الخنازير (Swine flu) بڤيروس الأنفلونزا (H1N1) مسبباً العديد من الإصابات في أنحاء العالم مهدداً بالعديد من الوفيات.



الشكل رقم (1): ينتشر ڤيروس الأنفلونزا بواسطة رذاذ العطس والسعال

ڤيروس الأنفلونزا

ڤيروسات الأنفلونزا من عائلة الفَيروسَةُ المُخاطيَّةُ القَويْمَة (Orthomyxoviridae) وهم ڤيروساتَ رنا (RNA) وتكون كبيرة مع غلاف من الدهون يحتوي على نوعين من البروتينات السطحية الرئيسية اللذان يُقرّران النمط المصلي للأنفلونزا وهما: الراصَّةُ الدَمَويَّة-(Hemag-glutinin)، والنُورامينيداز (Neuraminidase).

وتقسم ڤيروسات الأنفلونزا إلى (3) أنواع وتسمى أنفلونزا (A)، و(B) و(C) (Influenza A,B,and C).

النوعان (A) و(B) يسببان الانتشار الموسمي للعدوى في فصل الشتاء. يصيب النوع (A) الإنسان، الخنازير، الخيول، والعديد من الطيور، أما النوع (B) يصيب الإنسان فقط، بينما النوع (C) يختلف عن النوعين الآخرين في طبيعة العدوى للجهاز التنفسي، فهو إما أن يسبب أعراض بسيطة أو لا توجد له أعراض البتة، ولا يسبب انتشاراً وبائياً.

ڤيروسات الأنفلونزا لها القدرة على التغير المستمر. وهذا التغير المستمر يُمكّن الڤيروس من تجنب جهاز المناعة

* محررة طبية ـ مركز تعريب العلوم الصحية ـ دولة الكويت.

البشري، وبالتالي نتعرض للإصابة بالأنفلونزا على مدى الحياة. وهذا يتم بالطريقة التالية: عند الإصابة بڤيروس الأنفلونزا يقوم جهاز المناعة بإنتاج أضداد نوعية للڤيروس الحالي؛ وبتغير خصائص الڤيروس لا تستطيع الأضداد القديمة التعرف على الڤيروس الجديد وبالتالي تتم الإصابة الجديدة. ولكن الأضداد القديمة لا تزال لها القدرة على توفير مناعة جزئية ضد الڤيروس.

الوبائيات:

عدوى الأنفلونزا موسمية، تنتشر سنوياً بين شمال وجنوب نصف الكرة الأرضية، مع ظهور أنواع جديدة بآسيا في أغلب الأحيان. وعند ظهور ڤيروس جديد ومميز نمطياً يمكن أن يصيب أعداد كبيرة من البشر مسبباً جائحة (Pandemic). وغالباً ما يحدث الانتشار الوبائي العالمي للأنفلونزا بشكل غير متوقع، عادة كل (10 -40) سنة، ويتم إصابة (50٪) من السكان مخلفة ملايين الموتى على مستوى العالم. وفي السابق حدثت موجات انتشار وبائي عالمي في سنوات (1889 و1899و1918) الذي تسبب في موت (20-40) مليون شخص على مستوى العالم.

ويكون معدل التواتر أعلى في الأطفال، كما أنه من الملحوظ أن انتشار الڤيروس منْ الأطفال كمصدر للعدوى أكثر من البالغين، وغالباً ما تنتشر الأنفلونزا خلال أشهر البرد في العام؛ وطريقة الانتشار بنشر الإفرازات التنفسية الجزيئية الصغيرة. ويمكن أن تنتشر في المجتمع بسرعة كبيرة. وغالباً ما تظهر الأعراض خلال (2 - 3) أسابيع بعد التعرض للعدوى.

وعلى المستوى المحلي للدول يكون هناك نوع أو اثنان مسؤولين عن الوباء السنوي. وفي الوقت الحاضر يشكل ڤيروس الأنفلونزا A مع ذرية (H1N1 وH3N1) الجائحة الكبرى في العالم مهدداً البشرية .

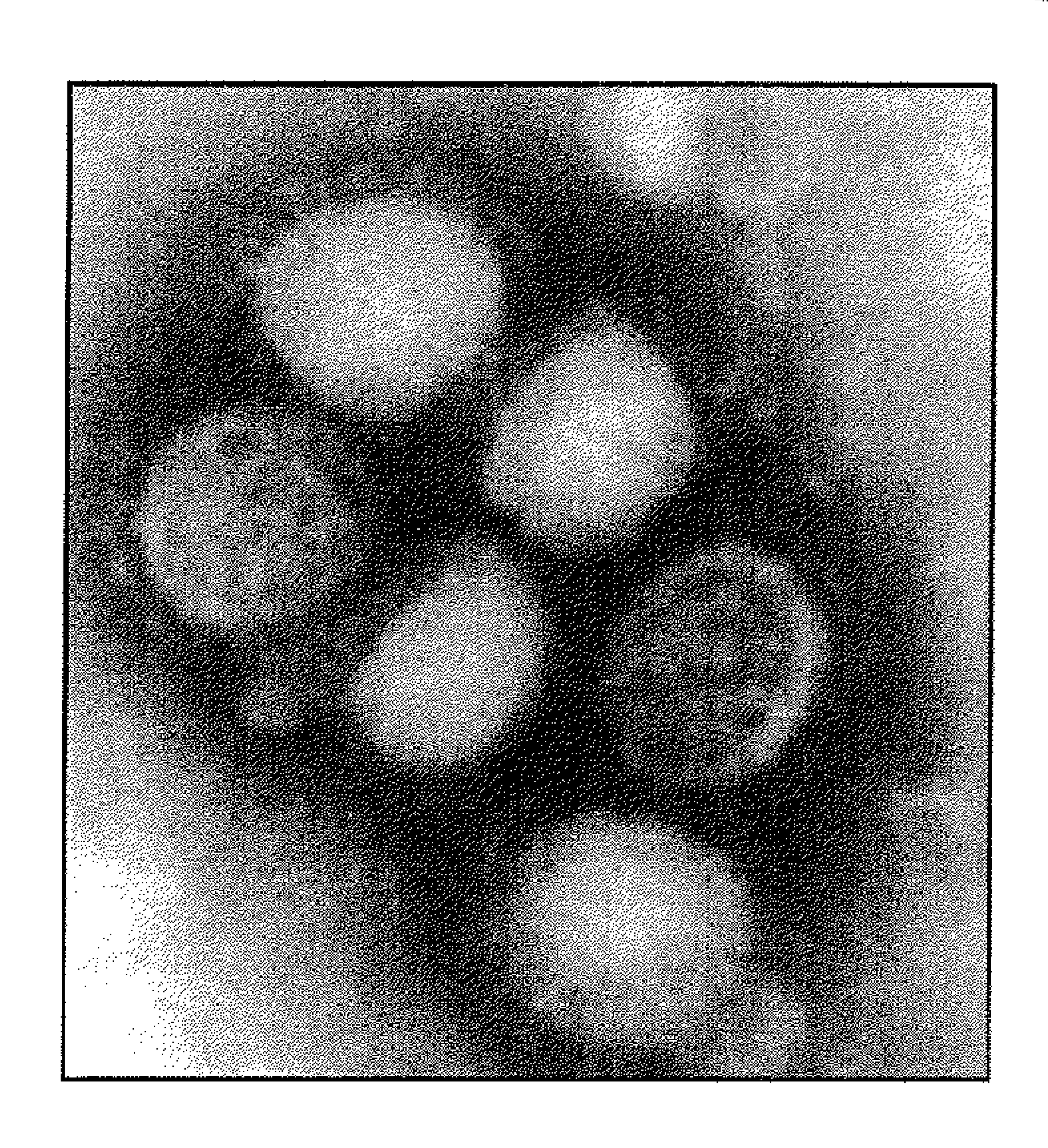
ڤيروس الأنفلونزا له وبائيات معقدة مرتبطة بالمضيفين مثل الطيور والثدييات التي تعمل كمستودع للڤيروس لنقلها إلى البشر. الطبيعة القطعية (Segmental nature) لمجين ڤيروس الأنفلونزا يسمح بإعادة تفارز يحدث بين ڤيروسات الحيوانات والطيور. ومن المعروف أنه يوجد (19) نوعاً من الراصَّة الدَمَويَّة (HA) و(9) أنواع من النُورامينيداز (NA) منتشرين في الحيوانات والطيور ومن الممكن أن تصيب الإنسان. ومن المعروف أيضاً أن الطيور المهاجرة يُمْكن أن تَنْشر المرض، كما يُرى حالياً في ڤيروس أنفلونزا الطيور (H5N1)، حيث حدث ظهور نوع جديد من ڤيروسات (H5N1) (أنفلونزا الطيور في الشرق الأقصى ولكنها لم تكتسب بعد القدرة على التنقل من إنسان إلى آخر)، وڤيروس (H1N1) (أنفلونزا الخنازير) (في المكسيك وينتقل حالياً بين البشر).

توجد حالياً مخاوف من انتشار وباء عالمي جديد يمكن حدوثه في أي وقت، والسبب في ذلك ما حدث في شهر أيار/مايو عام (1997) في هونج كونج، بعد موت طفل أصيب بالتهاب رئوي (ذات الرئة) بسبب ڤيروس الأنفلونزا، وإصابة (17) شخصاً في نهاية العام نفسه مات منهم (6) أشخاص بنفس الڤيروس والذي كان مصدره الدجاج (ما سمي حينها بأنفلونزا الدجاج أو الطيور).

تلاه ظهور عدوى (2009) بسبب فصيلة جديدة من الڤيروس (H1N1) لم يتم تحديدها من قبل. بدأ انتشار عدوى أنفلونزا الخنازير بين البشر في فبراير (2009) في المكسيك، حيث عانى عدة أشخاص من مرض تنفسي حاد غير معروف المنشأ، وأدى المرض إلى وفاة طفل يبلغ من العمر (4) سنوات، فأصبح أول حالة مؤكدة للوفاة بسبب الإصابة بأنفلونزا الخنازير، ولكن لم يتم ربط وفاته بالمرض حتى أواخر شهر مارس (2009). وتبع ذلك انتشار المرض بصورة سريعة حتى صنفته منظمة الصحة العالمية بالمستوى الخامس من تصنيف الجوائح (المرحلة الخامسة: العدوى باتت منقولة من شخص إلى آخر و قد تسببت في حدوث إصابات في بلدين مختلفين متواجدين في منطقة واحدة حسب توزيع المناطق المعتمد من منظمة الصحة العالمية). وكان للمكسيك والولايات المتحدة وكندا العدد الأكبر من

الحالات. وبلغت عدد الحالات حسب إحصاءات منظمة الصحة حتى يوم (10) مايو (2009) حوالي (162380) حالة مؤكدة أو غير مؤكدة بأنفلونزا الخنازير، منها (1154) حالة وفاة في (168) دولة.

كان يُظن أن الڤيروس (H1N1) المسبب للعدوى نتج من إعادة تشكيل أربعة أنواع من ڤيروس الأنفلونزا أو من اثنين يصيبان الخنازير وواحد مستوطن لدى الطيور وواحد يصيب البشر. لكن آخر الدراسات تشير إلى أن الڤيروس نتج من إعادة تشكيل ڤيروسين مستوطنين لدى الخنازير.



الشكل رقم (2): صورة للڤيروس (H1N1) تحت المجهر الإلكتروني

الانتقال بين الخنازير

الأنفلونزا مرض شائع بين الخنازير، يقدر أن حوالي نصف الخنازير في الولايات المتحدة تتعرض للڤيروس خلال حياتها. ينتقل المرض عن طريق الاتصال المباشر بين حيوان مريض وآخر معافى، ولهذا تزداد مخاطر انتقال المرض في المزارع التي تحتوي على أعداد كبيرة من الخنازير. وينتقل المرض إما عن طريق احتكاك أنواع الخنازير ببعضها أو عن طريق الرذاذ الناتج من السعال والعطس. كما يُعتقد أن الخنزير البري يلعب دوراً مهماً في نقل العدوى بين المزارع.

الانتقال للبشر

العاملون في مجال تربية الخنازير ورعايتها هم أكثر الفئات عُرضة للإصابة بالمرض. تصيب ڤيروسات أنفلونزا الخنازير البشر حين يحدث اتصال بين البشر وخنازير مصابة. وتحدث العدوى أيضاً حين تنتقل أشياء ملوثة من الناس إلى الخنازير. يمكن أن تصاب الخنازير بأنفلونزا البشر أو أنفلونزا الطيور. وعندما تصيب ڤيروسات الأنفلونزا من أنواع مختلفة الخنازير يمكن أن تختلط داخل الخنزير وتظهر ڤيروسات خليطة جديدة.

ويمكن أن تنقل الخنازير الڤيروسات المحورة مرة أخرى إلى البشر كما يمكن أن تنقل من شخص لآخر، ويعتقد أن الانتقال بين البشر يحدث بنفس طريقة الأنفلونزا الموسمية عن طريق ملامسة شيء ما بالڤيروسات ثم لمس الفم أو الأنف ومن خلال السعال والعطس.

المظاهر الإكلينيكية

الأنفلونزا مرضٍ تنفسي من الدرجة الأولى. وعادة تبدأ الأعراض بشكل فجائي (عادة يتذكر الشخص الوقت الذي بدأت عنده الأعراض المرضية) ولا تكون محصورة على الجهاز التنفسي. بمقارنة الأنفلونزا بمعظم إصابات الجهاز التنفسي الڤيروسية الأخرى كالزكام (الرشح) نجد أن أعراض الإصابة بالأنفلونزا تكون شديدة جداً.

أعراض الأنفلونزا التقليدية تشمل:

* صداع، قشعريرة، وسعال جاف.
* حمى (38-41 درجة) خصوصاً عند الأطفال. ترتفع درجة الحرارة بسرعة خلال الـ (24) ساعة الأولى وربما تستمر لمدة أسبوع.
* آلام عضلية. ربما تشمل جميع عضلات الجسم، ولكنها تتركز في الرجلين وأسفل الظهر.
* آلام شديدة في المفاصل.
* ألم أو حرقان في العينين عند النظر للضوء.
* عند انحسار الأعراض العامة تبدأ أعراض الجهاز التنفسي مثل ألم الحلق والسعال الذي يستمر لمدة أسبوعين

* عادةً تزول أعراض المرض الحادة بعد (5) أيام ويتعافى معظم المرضى خلال أسبوع أو أسبوعين.
* عند قلة من المصابين تستمر أعراض مثل الإرهاق الشديد والكسل أو التراخي لعدة أسابيع مسببة صعوبة في العودة لممارسة الحياة الطبيعية والعمل، السبب في ذلك غير معروف.
* في الأطفال أقل من (5) سنوات تتركز الأعراض عادة في المعدة، بالإضافة للجهاز التنفسي مع وجود قيء، إسهال، وألم في البطن. وربما تصيبهم تشنجات بسبب الحمى (الارتفاع الشديد في درجة الحرارة).
* في الرضع تكون الأعراض شديدة جداً تصل إلى الحمى الشديدة والتسمم والصدمة.
* غالباً ما يكون هناك تاريخ مرضي من الاحتكاك بمرضى الأنفلونزا.



الشكل رقم (3): أعراض الأنفلونزا

عند الفحص تكون العلامات في صورة التهاب البلعوم، التهاب العين، والأنف، وتضخم الغدد اللمفاوية، ومن الممكن أن يتطور الأمر إلى التهاب رئوي. ويتعذر تمييز مرض الأنفلونزا عن عدوي الفيروسات التنفسية الأخرى مثل الفيْروسُ المخْلَويُّ التَّنَفُّسيّ (Respiratory syncytial virus)، نَظِيرَةُ النَّزْلَةِ الوافِدَةَ (Para influenza) وفيروس الحُمَةُ الغُدِّيَّة (Adenovirus).

التشخيص والتشخيص التفريقي:

يَعتمدُ تشخيصُ الأنفلونزا على التشخيص الإكلينيكي مثل ظهور حُمَّى بدون وجود بؤرة، مع أعراض تنفسية مع ظهور سريع للمرض، ويمكن التأكد من التشخيص بالاختبارات المعملية.

يظهر في الاختبارات المعملية : قلة كريات الدم البيض (وهي غير محددة لعدوى الأنفلونزا)، تفاعل سلسلة البوليمراز لتحديد ذرية فيروس الأنفلونزا المسبب للعدوى مستخدماً المصل أو الإفرازات التنفسية. ويمكن أن تظهر صور الصدر الإشعاعية دليل على الانخماص أو الرشيحة في حوالي 10٪ من الأطفال. ويجب أن نفرق إكلينيكياً بين مرض الأنفلونزا والزكام. ويبين الجدول التالي الفرق بين الأنفلونزا والزكام (الرشح)

الجدول رقم (1): التفريق بين الأنفلونزا والزكام

الخاصية	الأنفلونزا	الزكام
الحالة المرضية	عامة	موضعية في الأنف والحلق
الحمى	بشكل مفاجئ	بشكل تدريجي
الأعراض	دائماً مرتفعة	عادة معتدلة
شدة المرض	صداع، ارتجاف وقشعريرة، ألم عضلي، إحساس بجفاف الأنف والحلق، سعال، ألم في الأذن	عطس، ألم في الحلق
مدة المرض	مجهدة	شفاء سريع
المضاعفات	توعك لمدة أسبوع إلى أسبوعين شديدة مثل الالتهاب الرئوي	معتدلة

العلاج:

يستخدم نوعان من الأدوية في علاج الأنفلونزا

1 ـ مثبطات النورامينيداز: مثل أوسيلتاميفير (Oseltamivir)، ويمكن استخدامهم في الأطفال أولهم من عمر سنة و الآخر من عمر (7) سنوات . ويمكن إعطاؤهم عن طريق الفم أو الأنف، ويعملان على كلٍّ من الأنفلونزا (A وB).

2 ـ المجموعة الثانية هما أمانتيدين (Amantadine) ريمانتيدين (Rimantidine)، يستخدمان في فاشيات أنفلونزا (A)، لا يستخدمان في الأطفال أقل من سنة، كلاهما ليس فعالاً في أنفلونزا الطيور والخنازير. من الآثار الجانبية: عدم القدرة على التركيز، القابلية للنوم. العديد من ذريات الأنفلونزا أصبح مقاوم لهذه النوعية من الأدوية.

ـ يجب استخدام الدواء في خلال الـ (48) ساعة الأولى من ظهور الأعراض لتقليل شدة المرض.

العناية المساعدة: الراحة الكاملة وتناول كمية كافية من السوائل ، ويمكن استخدام بعض الأدوية المسكنة والخافضة للحرارة مثل الأستامينوفين (Acetaminophen)، أو البروفين (Ibuprofen)، ويجب تجنب الأسبرين بسبب الاختطار لمتلازمة راي. ويمكن أن تُستخدم المضادات الحيوية عند حدوث عدوى جرثومية إضافية.

المضاعفات:

1 ـ التهاب الأذن الوسطى/ يمكن أن يحدث في حوالي 25٪ من حالات الأنفلونزا .

2 ـ التهاب الرئة: الذي يمكن أن يُرافقُ الأنفلونزا كعملية ڤيروسية أساسية. وقَدْ يُرى التهاب رئة نزفي حادّ في أكثر الحالات الحادّة، كما حدث بالنوع الفتّاك عام (1918) وأنفلونزا الطيور الحالي. ومن المحتمل أن يكون سبب التهاب الرئة الأكثر شيوعاً هو العدوى الجرثوميةُ الثانويةُ.

3 ـ ضعف العضلات والألم، خصوصاً في عَضَلات السَّاق.

4 ـ بِيْلَة هيمُوجْلوبينيَّة (Hemoglobinuria).

5 ـ الْتهاب عضل القلب (Myocarditis).

6 ـ متلازمة الصدمة السامّة التي يُمكن أن تحدث نتيجة العدوى الإضافية بالمكورة العنقودية المنتجة للسمّ.

الوقاية: عن طريق اللقاح والوقاية الكيميائية.

اللقاح: هناك نوعان من اللقاحات:

1 ـ لقاح معطل منشطر: وهو الذي يستخدم حالياً، يصنع سنويا تبعاً للذريات المسببة للأنفلونزا في الشتاء، ويعطى على جرعتين بينهما شهر0.25 ملي لتر للأطفال من (6 - 36) شهراً؛ 0.5 ملي لتر للأطفال من (3- 8) سنوات.

2 ـ اللقاح الحي الموهن: مازال تحت الدراسة ولم يصرح باستخدامه تجارياً حتى الآن، يعطى عن طريق الأنف.

*** دواعي تطعيم الأنفلونزا السنوي:**

1 ـ الأشخاص المعرضون لمضاعفات الأنفلونزا:

* الأطفال أقل من (5) سنوات

* الأشخاص أكثر من (65) سنة

* الأشخاص الذين يَعيشونَ في مراكز العناية الطبية والمعوقون.

* المرضى بالأمراض المزمنة خاصة القلب أو الرئة (بما فيها الربو الشعبي) أو المرضى الذين يحتاجون لعَنَايةَ طبيةَ منتظمةَ مثل مرض أيضي (مرض البول السكّري)، أمراض الكلى المزمنة ، عوز المناعة (بما فيها تناول الأدوية أو الإيدز).

* الأطفال الأقل من (18) سنة الذين هم على علاجِ الأسبرين على المدى الطويل (بسبب الاختطار المتزايدِ لمتلازمة راي).

* النساء الحوامل.

* الأشخاص الذين يعانون من مشكلات في الجهاز التنفسي أو في معالجة الإفرازات التنفسية (مثل أمراض الدماغ أو الحبل النخاعي أو أمراض العضلات أو الأعصاب)

2 ـ الأفراد من (50- 65) سنة: لأنهم معرضون أكثر من غيرهم للأمراض المزمنة.

3 ـ الأشخاص الذين يمكنهم نقل العدوى لأشخاص أكثر عرضة لمضاعفات الأنفلونزا: مثل كُل العاملين في مجال الرعاية الصحية، ومجالسي الأطفال أقل من سنتين، والأشخاص الذين يعيشون مع أشخاص أكثر من (65) سنة.

الوقاية الكيميائية

يمكن الوقاية من الأنفلونزا عن طريق تناول عقارات الزاناميفير أو الأمانتدين. يوصى بالوقاية الكيميائية بصورة خاصة في المرضى غير المُلقَّحين أو المُلقَّحين والمعرضين لاختطار العدوى والعاملين في المجال الطبي المعرضين للعدوى أثناء وباء الأنفلونزا، كما ينصح به أيضاً للمرضى بعوز المناعة.

الوقاية من أنفلونزا الخنازير

الوقاية من انتقال العدوى من الخنازير

احتمالية إصابة البشر بالعدوى من الخنازير كبيرة حالياً (سجلت 1233 حالة منذ منتصف 3 أشهر) إلا أنه ينصح المزارعون ومن لهم اتصال ومخالطة بالخنازير باستعمال كمامات الأنف والفم لمنع الإصابة بالعدوى. كما ينصح المزارعون بتلقي اللقاح ضد أنفلونزا الخنازير.

الوقاية من انتقال العدوى بين البشر

تحد الإجراءات التالية من احتمالية انتقال العدوى بين البشر:

1 ـ غسل الأيدي بالماء والصابون عدة مرات في اليوم.

2 ـ تجنب الاقتراب من الشخص المصاب بالمرض.

3 ـ ضرورة تغطية الأنف والفم بمناديل ورق عند السعال.

4 ـ أهمية استخدام كمامات على الأنف والفم لمنع انتشار الڤيروس.

5 ـ تجنب لمس العين أو الأنف في حالة تلوث اليدين منعاً لانتشار الجراثيم.

6 ـ إذا كنت تعاني أنت أو أحد أفراد أسرتك من أعراض تشبه أعراض الأنفلونزا أبلغ الطبيب المعالج بأنك مخالط لخنازير، فقد تكون مريضاً بالأنفلونزا.

7 ـ يجب تشخيص الإصابة سريعاً بأخذ عينة من الأنف أو الحلق لتحديد ما إذا كنت مصاباً بڤيروس أنفلونزا الخنازير.

8 ـ غسل اليدين بعد ملامسة السطوح بشكل مستمر



الشكل رقم (4): مسافرو القطار في المكسيك يلبسون أقنعة واقية

المآل:

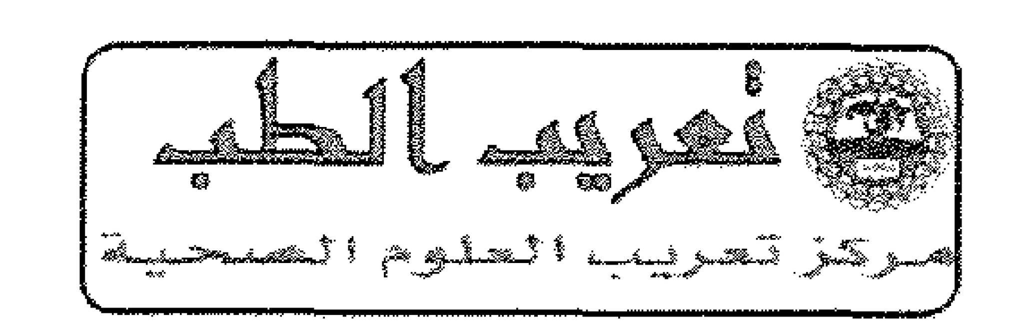
ممتاز حيث تتحسن معظم الحالات لكن العودة إلى النشاط الطبيعي والتخلص من السعال من الممكن أن يستغرق عدة أسابيع.

References:

1. Peter W (2008): Infleunza viruses. In Behrman RE, Kleigman RM & Jensen HB . Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed., Saunders, Philadelphia, 2008, P 1072.

2. Suzuki, Y (2005). "Sialobiology of influenza: molecular mechanism of host range variation of influenza viruses". Biol Pharm Bull 28 (3): (399-408) .

3. Lakadamyali, M; Rust M, Babcock H, Zhuang X (August 5 2003). "Visualizing infection of individual influenza viruses". Proc Natl Acad Sci U S A.



العـــــــــدد 26
أكـــتـــوبـر 2009

الكسور على مر العصور

د. طالب الحلبي*

عانى الإنسان منذ وجوده على هذا الكوكب من الأمراض فبدأ التخلص من علله بمراقبة سلوك الحيوانات المدفوعة بغريزتها وهي تلتمس الشفاء، وهكذا بدأ الطب في هذا العالم من الحاجة التي دفعنا إليها المرض، فلاحظ الإنسان في العصور القديمة أن الذئب إذا لدغته حية يعمد إلى جذور الترياق فيمضغها لتشفيه ويضمد الدب جروحه بصمغ الشوكران وقد يغطي الجرح بنبات التنوب، كما تحشو القردة جروحها بأوراق النباتات العطرية لاحتوائها على زيوت عطرية تطهر الجروح . لقد عرف قدماء المصريين أنواعاً من العلاج العلمي الناجح لأمراض كثيرة حتى أن العلم الحديث لم يوفق إليها إلا بعد جهد مضني، وظل بعضها عصيّاً على العلم حتى وقتنا الحالي كالتحنيط وأسرار المومياء.

عرف العرب الطب في الجاهلية حيث كان من العلوم المحظوظة بالنسبة لفروع العلوم الأخرى، فقد أشير إلى أسماء عُرفت بممارستها لهذه المهنة، ومن أهمها: الحارث بن كَلَدَة الثقفي، والنَّضْر بن الحارث، وابن أبي رمثة التميمي، وكلهم عاصروا الرسول صلى الله عليه وسلم وأدركوا زمانه، وذُكرتْ أسماؤهم بكتب السيرة والحديث، فعالجوا الجروح بوضع الخرق بعضها فوق بعض على الجرح وكانوا يعالجون الجراح المتعفنة والدماميل بمواد ضد العفونة، ويعالجون الأمراض السارية بالحجر الصحي، ويعالجون الجراح بالفتائل والتضميد. وبالحجامة، والفصد، والكي، وبتر الأعضاء بالشفرة المحماة بالنار.

أما مع بزوغ الإسلام فلم يحظ علم من العلوم العقليّة بما حظي به الطبّ من الاهتمام بين المسلمين. ولقد رفعوا من شأنه حتى عدّوه «فقهًا»، إذ الفقه فقهان: فقهُ الدّين وفقه البدَن. ولقد كان الرسول صلى الله عليه وسلّم يأمُرُ «بإتيان الأطبّاء ومساءلتهم عمّا بيْن أيْديهم» ومع أن «الطب النبوي» ليْس من الوَحْي، حيث إن الرسول ـ صلى الله عليه وسلم ـ قد بعث لتعليم الشرائع فلم يكن الطب النبوي بالعلم القائم على المبادئ والقوانين النظرية والعملية. بل هو ممّا وقع للرسول بالاكتساب من التجربة العامّة. فكان طبه النبوي سنة تابعها من بعده من الخلفاء حتى تحققت الفتوحات للبلاد القاصية واختلطت الثقافات فبدأوا بترجمة الكتب اليونانية وكتابة خبراتهم الطبية. هذا ما يخص الطب عامة أما طب الكسور فيعتبر أحد أهم فروع علم الطب، وهو طب قديم قدم الإنسان على سطح الأرض، ومارسه منذ أن أُصيب بكسر في أحد أعضائه، وقد بذل المحاولات الكثيرة والبسيطة البدائية للتخلص من آلامه وتجبير كسوره والشفاء من إصاباته.

وقد كتب أغلب الأطباء العرب في طب جراحة العظام (Orthopedics) ومارسوه بالفعل، وقد تلقوا مصادر

---

* اختصاصي طب وجراحة العظام ـ مستشفى الرازي، وزارة الصحة ـ دولة الكويت



مؤلفاتهم مما ترجم، إضافة إلى خبرات شخصية اكتسبوها من خلال ممارستهم الطب، ولا سيما بعد انتشار البيمارستانات، ولم تكن مهمة البيمارستانات قاصرة على تقديم الخدمات الصحية للمرضى فحسب، بل كانت في نفس الوقت معاهد علمية ومدارس لتعليم الطب، يتخرج منها الأطباء والجراحون. كما كانت تضم مكتبات حافلة بأمهات المؤلفات لتكون مرجعاً للأساتذة والطلاب.

فلقد اهتم الأطباء العرب بجبر الكسور ولمع منهم أبو بكر الرازي الذي ألّف كتاباً في التجبير وكيف يسكن ألمه، وعلاقة الحرّ والبرد به، وذكر في كتاب الجامع أو الحاضر (صناعة الطب)، في قسمه الأول، كلاماً في المحافظة على الصحة وعلاج الأمراض والوثي والتجبير. كما ألّف كتاباً في علل المفاصل والنقرس وعرق النّسا. إلا أن أكثر ما تحدث به الرازي في مجال الكسور والخلوع هو ما ورد في كتابه الطبي الشامل والذي سمّاه الحاوي.

ثم أتى من بعده ابن سينا وهو العالم الموسوعي الذي اهتم بصناعة الطب، وألّف كتابه القانون في الطب، وخصص في الكتاب الرابع فصلين للحديث عن الكسور،كان الأول منها بعنوان «كلام كلّي عن الكسور»، وتكلّم في الفصل الثاني عن كسر كلّ ناحية بالجسم. ومما يلفت النظر أنّ منهج ابن سينا في مؤلفاته عن التجبير والكسور يشبه إلى حد كبير منهج المؤلفات العلمية الحديثة، ويلاحظ أنّ ابن سينا في أصول كلمة الكسر تكلم فيها كلاماً عاماً عن الكسور وما يتعلق بشفائها ومعالجتها بشكل عام. ثم تناول الحديث عن كسر كل عضو وما يتميّز به من ميّزات، وهو نفس المنهج المتبع حالياً في الكتب الحديثة.

وقد برز الزهراوي كأول طبيب عربي جرّاح مارس الجراحة، وهذا ما ظهر واضحاً وجليّاً في مؤلفه الذي سمّاه (التصريف لمن عجز عن التأليف)، وخاصة في المقالة الثلاثين منه، حيث أسهب في الحديث عن الجراحة والآلات الجراحية والكسور وطرق تجبيرها. كما تحدث داود الأنطاكي في كتابه (تذكرة أولي الألباب والجامع للعجب العجاب عن تجبير الكسور)، وقد ابتدأ ذلك بتفريقه بين الرض والكسر، فقال معرفاً الرض: إنه فساد ما فوق العظم من عصب وغيره ولو غشاء، وقد يحصل من ضربة أو صدمة. أما في تعريفه الكسر فيقول: هو عبارة عن انفصال أجزاء العظم أو العظام بحيث يصير الجزء الواحد جزأين أو أكثر بعد أن كان شكله طبيعي. وتحدث الأنطاكي عن العوامل التي تمنع حدوث جبر الكسر وبين كيفية التعرف عليها، كما تطرق بالحديث أيضاً عن الخلوع التي قد تصاب بها مختلف مفاصل الجسم.

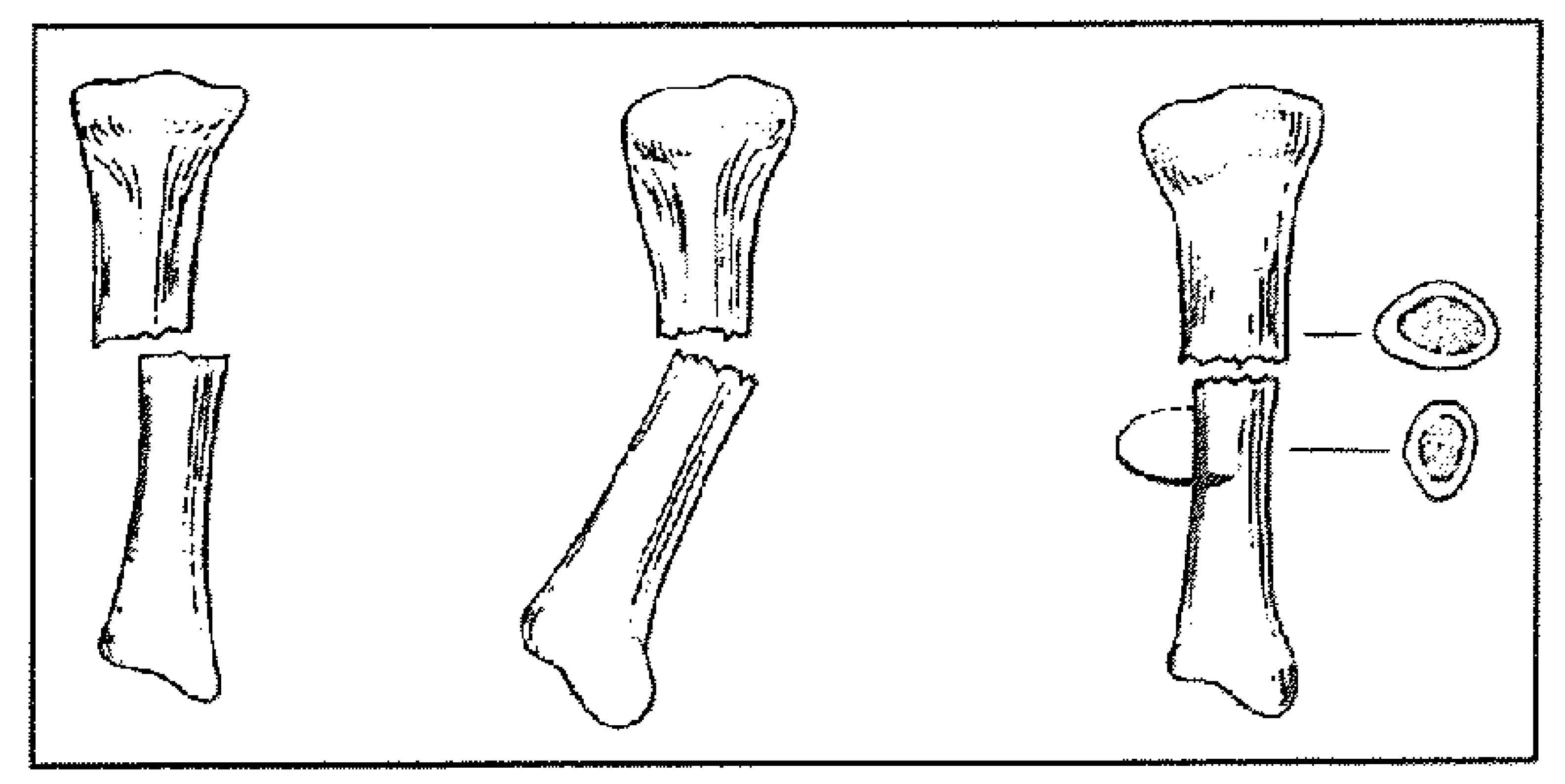
فبذلك يعتبر طب الكسور أحد أهم فروع علم الطب بشكل عام وهو طب قديم قدم الإنسان على سطح الأرض وقد بدأ الإنسان العاقل يمارس هذا الطب منذ أن أصيب بكسر في أحد أعضائه، وقد بذل المحاولات الكثيرة والبسيطة البدائية للتخلص من آلامه وجبر كسوره والشفاء من إصاباته. ولقد اهتدى منذ القدم للتخفيف من آلام الكسور أن يثبت الأعضاء المصابة بأغصان الأشجار وأليافها ثم تعلم شيئاً فشيئاً رد الخلوع وجبر الكسور.. وهكذا تطور علم الكسور حتى وصل إلى الشكل الذي نعرفه اليوم.

يتكون العظم في المرحلة الجنينية بإحدى الطريقتين إما داخل غشائي كعظم الترقوة أو داخل غضروفي كالعظام الطويلة التي تتكون بدورها من 4 أجزاء عند الأطفال أهمها الأثمية والتي تسمح بنمو العظم طولانياً أما النمو العرضاني فيكون بالنمو العظمي التراكمي من السمحاق(Periosteum) (الطبقة المغلفة للعظم). ويعاد تشكيل العظم باستمرار مع تقدم العمر عن طريق عمليات ترسب الخلايا البانية للعظم وارتشاف الخلايا ناقضات العظم (Osteoclast). أما أنواع النسيج العظمي فهي العظم الإسفنجي الموجود بالفقرات والنهايات العظمية والعظم المكتنز الموجود في العظام الطويلة وتختلف قوة العظم حسب السن وحسب حالته المرضية، فقد يكون العظم مصاباً بتَخَلْخُلُ العَظْم أو تلين العظام أو بوجود ورم داخل العظم مما يؤدي للكسر المرضي عند حدوثه فيها. ولكن هل

فكرنا في وظائف العظام؟ فهي التي تدعم الجسم، وتسهل الحركة، وتنتج خلايا الدم، وتكون مستودعاً للمعادن كالكالسيوم والفسفور وبالتالي فهي تنظم كلس وفسفور الدم وأخيراً فهي التي تحمي الأعضاء المهمة كالدماغ والقلب والرئتين وأعضاء داخل الحوض.

أما موضوعنا فهو الكسر الذي هو بالتعريف تباعد قطع العظم نتيجة تطبيق أحد هذه الأنواع الأربعة الرئيسية من القوى إما قوة التوتر أو الحني أو الضغط أو اللوي، بشكل يفوق قدرة العظم على تحملها حيث يمتلك العظم بعض الخواص الفيزيائية التي تقاوم لدرجة معينة هذه القوى.

هناك عدة تقسيمات ومسميات للكسر، مثل تقسيمها إلى الكسور المضاعفة (المفتوحة) التي يصاحبها النزيف لأنها تصيب الجلد أو الكسور البسيطة (المغلقة) التي لم تصل للجلد ولم يرافقها النزيف. أو قد يسمى الكسر بالشرخ أو الشق (Fissure) أي أن العظم المكسور لا يزال في مكانه. وهناك أشكال للكسر فقد يكون فيها العظم فوق بعضه البعض مستعرض أو مائل أو حلزوني أو (متفتت) أي منقسم لأكثر من جزأين أو أن يتحرك الكسر بزاوية لجهة، وهناك كسر الغصن النضير عند الأطفال. وإجمالاً تصنف الكسور حسب العظم المصاب ونمط الكسر ونمط القطع المكسورة وتبدلها الذي إما أن يكون تزوي أو انزياح أو دوران. ويعود سبب هذه التبدلات



الشكل رقم (1): أنماط الكسر (انزياح - تزوّي - دوران الكسر)

لشدة واتجاه القوة المسببة للكسر، ولا ننسى هنا أن نتذكر الكسر المرضي والذي يصيب العظم المريض بورم عظمي بدئي أو نقائلي، أو بمرض خلقي بتركيبة العظم كمرض التعظم غير التام عند الأطفال ومرض تخلخل العظام وتلينها عند الكبار.

ويختلف الكسر الناجم عن هذه القوى حسب السن، فمثلاً إن السقوط على اليد الممدودة قد يسبب كسر الغصن النضير في النهاية البعيدة لعظمي الساعد بعمر أقل من 10 سنوات أو إصابة في أنمية العظم بعمر 10 إلى 14 سنة، أو كسر عظمة زورقية (Scaphoid bone) أو إصابة في أربطة المعصم أو كسر داخل مفصلي للنهاية البعيدة للكعبرة بعمر 15 إلى 35 سنة، وأخيراً كسر كوليس بالكعبرة (Colles' fracture) بعمر فوق ال50 سنة، ويعزى هذا بسبب اختلاف قوة الأنسجة وقدرتها على امتصاص الصدمة مع تقدم العمر.

أما أعراض الكسور فيشتبه المسعف بوجود كسر عند شخص مصاب عند وجود الأعراض التالية:

- الإحساس بألم: على امتداد العظم المكسور مع زيادة كبيرة في شدة الألم عند موضع الكسور أو بالقرب منه، كما يزداد الألم زيادة كبيرة عند محاولة تحريك الجزء المصاب والتي يُفضل تجنبها.
- عجز وظيفي مع عدم المقدرة على استعمال الطرف المصاب: فلم يستطع المصاب بكسر في ساقه المشي ولا يستطيع المصاب بكسر بساعده استعمال يده ويجب أن ننتبه هنا إلى أن سبب هذا قد يكون ناجماً عن إصابة أعصاب الطرف الناجم عن الكسر.
- تورم المنطقة المحيطة بالجزء المصاب وسخونتها وقد يبدو الجلد حولها أزرق اللون.
- تغير شكل الطرف: فيأخذ شكلاً غير طبيعي كأن يكون أقصر من الطبيعي أو ملتوياً بشكل مشوه أو وجود زاوية غير طبيعية في محور الطرف.
- حدوث حركة غير طبيعية: مع احتمال سماع خرخشة (فرقعة) في مكان الإصابة عند تحريك مكان الكسر

باليدين، ومن الأفضل ألا نلجأ لهذا، إذ قد يسبب تمزقاً في الأنسجة المحيطة أو زيادة في انزياح الكسر وقد يؤدي إلى إغماء المصاب من شدة الألم.

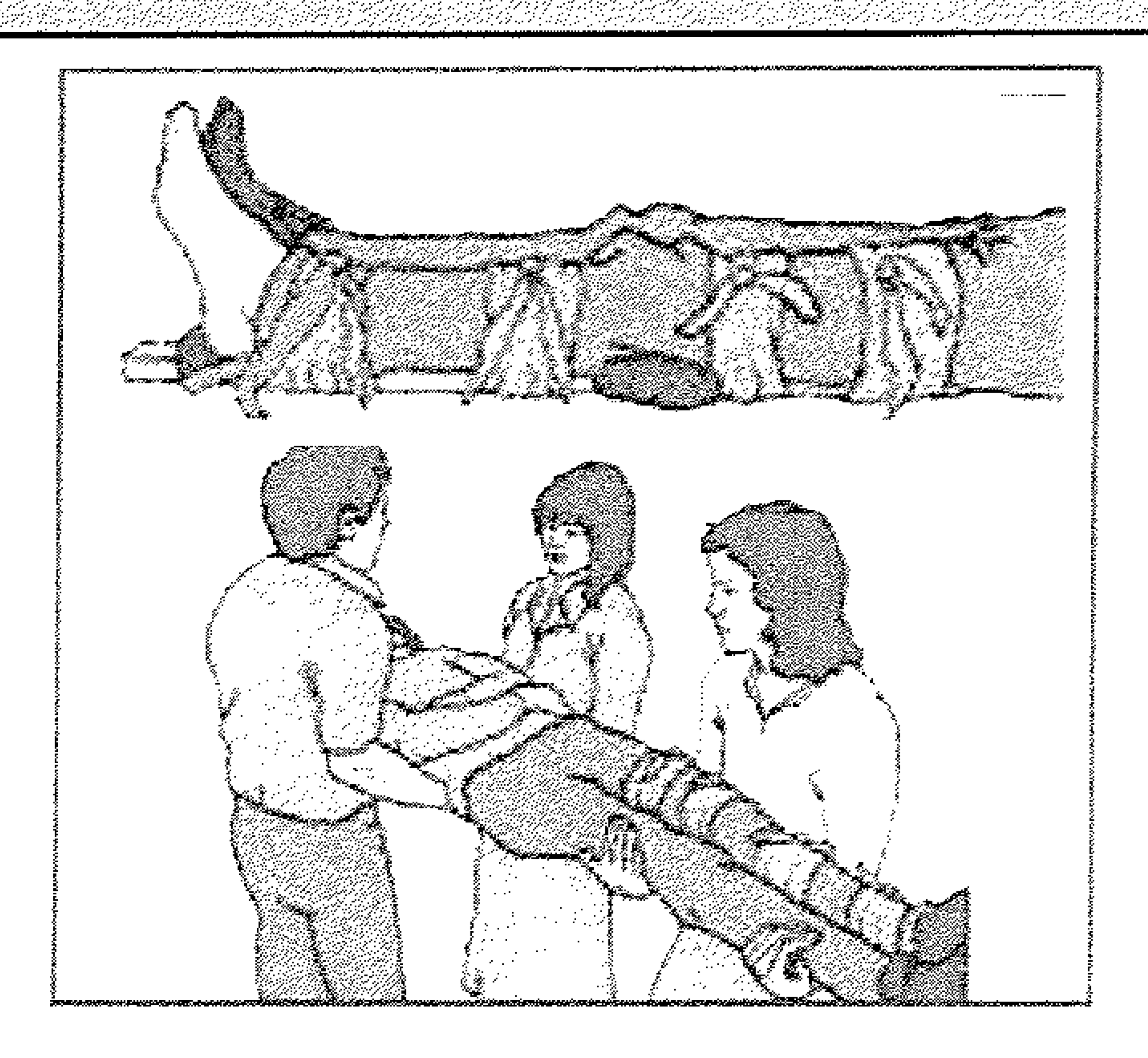
المعالجة الإسعافية في مكان الحادث:

والتي عادة يجب ويمكن أن يقوم بها أي شخص كان موجوداً مع المصاب أو تصادف وجوده عند الإصابة وهو ما ينبغي أن يتعلمه كل منا... وهي أسس إسعاف الكسور فهناك مبادئ أولية يجب أن يحيط بها المسعف ويضعها في اعتباره بصفة مستمرة أهمها (بعد تقييم الحالة العامة للمصاب والتي يتقدمها الاطمئنان على تنفس وقلب المصاب):-

* أسس إسعاف الكسور

- إيقاف النزف: حيث يعتبر النزيف أهم من الكسر وتعطى له الأولوية عند وجوده.
- عدم تحريك العضو المصاب: بصورة قد تؤدي إلى مضاعفات أخرى، كأن يتحول الكسر البسيط إلى كسر مضاعف لسوء تصرف المسعف. أو قد تتطور الإصابة العصبية عند تحريك المصاب بعموده الفقري.
- يجب أن يُقدم الإسعاف الأولي للمصابين بالكسور في المكان الذي وقعت فيه الإصابة (فالمبدأ ثبتهم حيث هم..) إلا إذا كانت الحالة تتطلب نقل المصاب أو لا إلى مكان آخر أكثر أماناً (وجود حريق، وجود غازات سامة، احتمال انهيار جدار ...إلخ).
- الاهتمام بالمصاب وتوفير وسائل الراحة بتدفئته، حيث إن كثيراً ما تصاحب الكسور الإصابة بالنزيف والصدمة، ويكون حينئذ المصاب بحاجة إلى التدفئة. ويجب منعه عن تناول أي شيء عن طريق الفم لأنه قد يحتاج لتخدير بالمرحلة التالية أي عند وصوله للمستشفى.
- لا يجوز استعمال القوة: وخاصة في إعادة الأجزاء المكسورة من العظام إلى وضعها الطبيعي (لأننا قد نحتاج لشد الكسر بشكل لطيف عند وجود كسر / خلع متصاحب مع أذية شد للدوران الدموي للطرف عند وجود تشوه شديد).

ويمكن تثبيت العضو المصاب باستخدام الجبائر المختلفة، التي يجب التأكد من قوتها ومن المستحسن أن توضع الجبائر فوق الملابس بحيث تجعل الملابس كوسادات واقية تحمي جسم المصاب أو يجب أن يملأ الفراغ الموجود بين الجبيرة والجسم بالملابس أو القطن أو القماش من هذه الجبائر جسم المصاب نفسه وذلك بربط الساق المكسورة بالساق السليمة أو بربط الذراع المكسورة بالجذع باستخدام ربطات العنق أو المناديل عند عدم توفر أربطة طبية. أو جبيرة معدنية أو خشبية مصنوعة خصيصاً للكسور (متوفرة مع سيارات الإسعاف). أو جبيرة مبتدعة: تبتدع من الخشب المتوفر حول المريض أو مجلة أو وسادة.



الشكل رقم (2): يجب نقل المصاب بحرص مع مراعاة عدم تحريك العضو المصاب

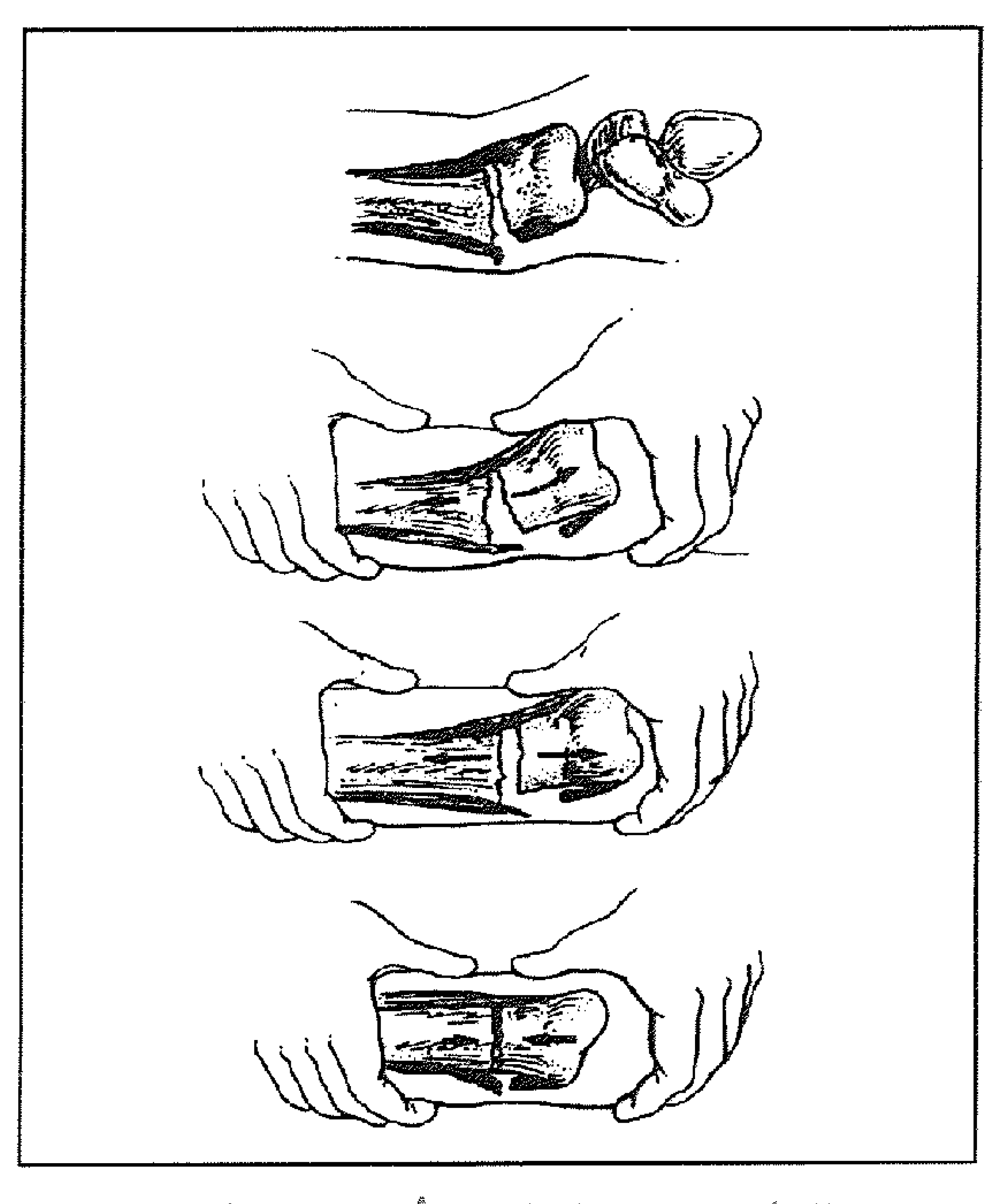
ثم يُنقل المصاب في حالة كسور الظهر أو الرقبة بالنقالة، بحيث يربط المصاب بها لتثبيته جيداً أثناء النقل والتي يمكن الاستعاضة عنها بباب الغرفة عند عدم توفر نقالة الإسعاف، ويجب أن يُنقل من قِبَل 3 أشخاص على الأقل. أما السكوب فهي نقالة حديثة توضع تحت المريض كقطعتين دون الحاجة لرفعه عليها.

وعندما يصل المصاب إلى لمستشفى تبدأ المعالجة التالية والتي لابد من أن تبدأ بالتشخيص الدقيق لطبيعة الكسر والذي ستعتمد عليه المعالجة التخصصية، ويبدأ التشخيص بأخذ صور شعاعية للمنطقة المصابة والتي يجب أن تشتمل على المفصل فوق والمفصل تحت المنطقة المصابة، وإذا ما كان الكسر مفتوحاً يجب الحصول على تعقيم كامل وأخذ عينة من الجرح لإجراء المزرعة والتحسس للجراثيم التي قد

تكون قد أصابت الجرح لنتمكن بعدها من البدء بإعطاء المضادات الحيوية المعتادة التي قد نضطر لتغييرها حسب نتيجة المزرعة، ولابد من متابعة تمنيع المصاب للكزاز (Tetanus) حسب تاريخه التمنيعي السابق. وبعد تأكيد التشخيص تبدأ المعالجة التخصصية والتي تعتمد على عمر المريض وكون الكسر بسيطاً، مضاعفاً، هل يحتاج لتصحيح الانزياح وكيف يمكننا ذلك؟ هل يحتاج للتخدير؟ وكيف نحافظ على الرد وهل تمكننا من إنجاز الرد ضمن المقاييس المقبولة؟ فقد يختلف الجراحين حسب مدارسهم حول هذه النقاط فتتم المحافظة على رد الانزياح بالجبس والذي يحتاج لمتابعة ومراقبة ويعطى المصاب تعليمات ما بعد الجبس فيطلب منه أن يراجع المستشفى إذا شعر بأحد الأعراض التالية:

- انتفاخ اليد أو القدم حول حافة الجبس أو ضغط حافة الجبس على الجلد خاصة في أنواع الجبس البلاستيكية الجديدة.
- التنميل أو فقدان الإحساس بأصابع اليد أو القدم.
- شحوب أو ازرقاق أصابع اليد أو القدم
- ألم غير عادي أو الشعور بحرقان أو احمرار أوانتفاخ أو تمزق الجلد تحت أو حول جبيرة الجبس.
- ظهور الدم على الجبيرة مما يدل على احتمال وجود نز تحتها.
- إذا تشقق الجبس أو أصبح ضعيفاً.
- ارتخاء الجبيرة بسبب اتساعها عقب زوال التورم .مما قد يسبب تحرك الانزياح مرة أخرى.
- دخول قطع نقدية أو معادن أو بلاستيك تحت الجبيرة.

وأحياناً كثيرة نضطر للمحافظة على رد الانزياح بالجراحة والتثبيت الداخلي خاصة بالكسور القريبة من المفصل أو الكسور ذات الطبيعة غير الثابتة أو عند وجود أكثر من كسر بالطرف، ويستخدم بالتثبيت الداخلي إما أسلاك معدنية أو شرائح ومسامير أو أسياخ داخل عظمية أو استعمال المثبتات المعدنية الخارجية خاصة بالكسور المفتوحة وهذه تكون مكونة من مواد غير ضارة. وبوجود أذية أنسجة شديدة حول العظم المكسور. تكون هذه المعادن ذات طبيعية محايدة للجسم فلا تسبب له أي ضرر من وجودها. وكما قلت هنا نحتاج للتخدير فلابد من قبول المصاب بالمستشفى، أما توقيت الجراحة فيعتمد على حالة المصاب العامة وفيما إذا كان هناك ترافق لإصابات أخرى خاصة عندما تكون الإصابة ناجمة عن حوادث الطرق أو السقوط وأحياناً تكون الجراحة إسعافية عندما توجد هناك أذية وعائية مرافقة للكسر مهددة لحيوية الطرف المصاب حيث لابد هنا من تثبيت الكسر ليتمكن جرّاح الأوعية الدموية من إصلاح الشريان لإعادة التروية الدموية وبالتالي إنقاذ الطرف من الغنغرينة. كما وأنه يتم أحياناً أخذ عظم من منطقة أخرى من الجسم لملء الفراغ الذي خلفه الكسر في العظم، وهذا الإجراء يسمى بـ «ترقيع» العظم.



الشكل رقم (3): الخطوات الأساسية لرد الكسر

بعد رد الانزياح إن وُجد، والمحافظة على الكسر بالطرق التحفظية أي الجبس أو الجراحة يبدأ عد الأيام من قبَل المريض ليستعيد فعاليته وحركة مفاصله التي قد تكونَ قد قيدت حركتها سواء بالجبس أو بعدم الاستعمال لدرجة قد تصل لليبوسة والتي تحاول كل طرق العلاج الحديثة أن

تتجنبها. وأول ما يسأله المريض كم يوم يحتاج لفك الجبس مثلاً أو لفك غرز العملية أو ليستعمل يده أو يضع وزنه مرة أخرى على قدمه؟ وكقاعدة عامة يحتاج الكسر غير المنزاح عند الأطفال بالطرف العلوي لمدة أربعة أسابيع تضاعف للطرف السفلي وتضاعف لكبار السن، فمثلاً كسر حول المعصم يحتاج لشهر عند الأطفال تقريباً إذا لم يختلط بطريقة العلاج أو من طبيعة الكسر فإذاً قد تحدث اختلاطات للكسور التي منها المبكرة العامة والموضعة والاختلاطات المتأخرة العامة والموضعة، أما الاختلاطات المبكرة فهي ما يتعلق بالصحة العامة من نزف وصدمة أو خلل في تخثر الدم أو شدة تنفسية صدرية أو انصمام شحمي الذي غالباً ما يرافق كسور العظام الطويلة، أما الموضعة فهي الإصابة العصبية أو الشريانية ومتلازمة فرط ضغط الدم اللفافة والعدوى الخمجية أو إصابة النسج الطرية حول العظم. وأما الاختلاطات المتأخرة العامة فهي التهاب الوريد الخثاري من الراحة الطويلة بالسرير أو من تثبيت الطرف وما قد ينجم عنها من انصمام رئوي وكذلك التهاب المجاري البولية والتهاب الرئة وضمور عدم الاستعمال الناجم عن عدم حركة المفاصل لفترة طويلة وهشاشة العظام بالإضافة لما قد ينجم عن الكسر من تأثيرات نفسية اجتماعية، والاختلاطات المتأخرة الموضعة فهي تأخر الالتحام بالكسر أو عدم حدوث الاندمال والتي قد تحتاج لتداخل جراحي وترقيع عظمي، أو التهاب خمجي بعد الجراحة أو بالكسور المفتوحة، أو اليبوسة المفصلية التي قد تكون بسبب كون الكسر شاملاً للمفصل والذي قد يؤدي لخشونة مفصلية أو هناك تهتك بالعضلات أو الأوتار أدى إلى تليفها، أو إصابة بعصب العضلات أو شريانها أدى إلى ضمورها وكذلك يبوسة المفصل الناجمة عن تليف أربطة وغلاف المفصل بسبب التثبيت الطويل، ومنها اختلاط التموت العظمي بسبب انقطاع الدم عن العظم والذي يحدث في كسور خاصة لها طبيعة تشريحية معينة، مثل كسر عنق الفخذ أو كسر العظمة الزورقية بالمعصم، واختلاط التكلس العضلي الذي يكثر عند وجود رض على الرأس أو تهتك شديد بالعضلات حول المفصل، وأخيراً متلازمة الألم المزمن المعقد ذات الطبيعة المبهمة والتي تكون بشكوى آلام عصبية مزمنة وتورم ويبوسة مفصلية وتبدلات في لون الجلد وتعزى لتبدلات تغذوية في أعصاب الأوعية الدموية للطرف. وما أستطيع أن أقوله هنا بأن أفضل وسيلة لعلاج هذه الاختلاطات هو بتجنبها وأن يكون جرّاح العظام على دراية كاملة باحتمالية حدوثها وتحريها بأعراضها المبكرة لأنه بذلك يجنب نفسه والمريض ما لا يُحمد عقباه فهي إن لم تؤثر على حياة مريضه كالاختلاطات العامة قد تسبب إعاقة للطرف والمريض وتترك علاقة سيئة بين الطبيب والمريض لأن قصة علاج المريض العظمي تكتنفها الإزمان فأكثر من 50٪ من مرضانا يستمر علاجهم لسنوات وما أحلى أن تمر هذه السنوات وتتوج بنجاح لكليهما.

وبعد هذه المرحلة تأتي أسئلة المرضى عن فك الجبس أو متى سيتم إزالة الشرائح والمسامير الموضوعة ومن هنا أقول إن الجبس يُزال عندما تُظهر أشعة المتابعة بداية علامات الالتحام وأما الشرائحَ والمسامير فلا أرى أن هناك ضرورة لإزالتها إلا إذا كانت متسببة بأعراض تخريشية بمكان وجودها.

ولا بد لنا أن نتكلم عن مرحلة ما بعد علاج الكسر أي إعادة التأهيل والتي تبدأ غالباً ضمن برنامج علاج الكسر نفسها، فيحول المصاب لاختصاصي العلاج الطبيعي حيث تعتبر عملية إعادة التأهيل مسألة حيوية للعودة إلى الوضع الطبيعي لتقوية المفاصل والعضلات التي أصابها الضعف ويعتمد علاج الإصابات والكسور ليشمل أيضاً علاج ما ينتج عنها من تيبس في المفاصل وضعف وضمور في العضلات.

وفي الماضي كان يجرى علاج هذه المضاعفات عن طريق التدليك وتحريك المفاصل - أحياناً بقوة - دون السماح للمصاب بأن يقوم بتحريكها بنفسه، لذلك كانت العضلات تظل على ضعفها، علاوة على ما يحدثه التدليك من مضار في كثير من الأحيان. وأما الأسلوب السليم المتبع اليوم، بعد انتهاء علاج الإصابة أو الكسر ورفع الجبس. بأن يُشجع المصاب أن يعتمد على نفسه في تحريك كل المفاصل بشكل مستمر إلى أن تعود إلى حالتها الطبيعية. ويكون ذلك بالبدء في المشي بالاستعانة بعكازين في أول الأمر إلى أن تصبح مشيته طبيعية بدونهما، هذا ويخضع

تحريك المفاصل لتمرينات معينة يحددها الطبيب المعالج لتقوية عضلات معينة، وأحياناً تستلزم الحالة أداء هذه التمرينات داخل حمام السباحة.

ومن الوسائل المساعدة في العلاج الطبيعي:

1 ـ التسخين: يُستخدم التسخين في بعض الحالات كعامل مسكن للآلام وفي علاج العضلات المتشنجة. ويمكن الحصول على التسخين بالاستعانة بأي مصدر حراري، أو مصباح الأشعة تحت الحمراء، أو جهاز أشعة الموجات القصيرة. ولعلاج تيبس مفاصل الأصابع نستعين عادة بـ «الشمع الساخن» الذي يساعد في تحسين حركة الأصابع.

2 ـ الثلج: لتأثيره المسكن للآلام، وقد يفوق التسخين في بعض الحالات، ويستخدم الثلج عادة داخل كيس يوضع على الجزء المصاب فوق قطعة قماش لتجنب أذية الثلج.

3 ـ الموجات فائقة الصوت: لهذه الموجات أثر ملطف للآلام من خلال تأثيرها الميكانيكي على الأنسجة، لكن يجب استخدامها بحذر وعدم تجاوز الجرعة القصوى المسموح بها.

4 ـ العلاج بالكهرباء: يُستعمل التيار الكهربائي (الجلفاني أو الفارادي) لتنبيه العضلات الضعيفة أو المشلولة.

5 ـ التحريك: يجب أن يبدأ المصاب فور التحام الكسر في تحريك العضو في جميع الاتجاهات (مد وثني ـ تبعيد وتقريب) تجنباً لحدوث التيبس وما يتبعه من آلام مستمرة وفي النهاية إعاقة دائمة. ويجب أن نحذر اختصاصي العلاج الطبيعي من التدليك أو التحريك بقسوة لما له أثر عكسي وحدوث تكلسات داخل العضلات.

وبمراجعتنا لمراحل التحام الكسر التي تلعب بها الحالة الغذائية للمريض دوراً هاماً نرى أنه لابد من الحديث عما ينشط الالتحام ونبتعد عن كل ما يؤخره. فالمخزون الكلسي بالجسم مهم كذلك هي اتباع تعليمات الجرّاح المعالج، ولقد تم الاعتماد على العديد من الوسائل الطبية وحتى التقليدية في المساعدة على التحام الكسور، وبالمختصر فإن المفيد فيها هو ما يتماشى مع الفطرة الطبيعية لبنية العظام فلابد لك وأن سمعت بالتمرة والمرة والحلبة وحليب النوق وكذلك هو الحال في الغرب فلقد تمكن علماء أمريكيون من صنع مادة صمغية صلبة شبيهة بالتي تستخدمها ديدان البحار عند تشييد جحورها و«قصور الرمل» التي تعيش فيها في قاع البحار والمحيطات من أجل جبر الكسور وإصلاحها. وأوضحوا بأنه يستخدم لإصلاح كسور الركبتين والمفاصل ولابد من رصف العظام المكسورة في اتجاه واحد مع النتوءات لوضع الصمغ الجديد الذي يخضع حالياً للتجارب للتأكد من مدى فائدته. وأما ما ذكر عن علاج حالات عدم الالتحام والتي تعالج حالياً بالجراحة لإجراء التطعيم العظمي فهناك دراسة حديثة لتسريع التحام الكسور بحقن الخلايا البانية للعظم والمستخلصة من نخاع عظم المريض نفسه، حيث يجرى بالتخدير الموضعي ودون جراحة. بالإضافة للتجارب الحالية على استعمال الخلايا الجذعية لزرعها مكان الغضروف أو العظم المتضرر. وبالنسبة للشرائح والمسامير المستعملة في الجراحة فلقد ظهرت أنواع كثيرة تناسب طبيعة الجسم وتكون من القوة بحيث تتحمل الإجهاد الواقع عليها بالرغم من خفة وزنها. ولابد لي من الحديث عن الوقاية خاصة النساء في سن الإياس اللاتي يتناولن أطعمة الصويا يومياً أقل تعرضاً لكسور العظام بحوالي 50٪ حسب دراسة صينية.

وأخيراً قد يتعرض أيٌّ منا لحادث قد يؤدي لكسر، والمهم هو معرفة الأسس المطلوبة لإسعاف الكسور بالتثبيت ثم نقل المصاب لأقرب مركز طبي، ومتابعة تعليمات ما بعد العلاج، والعناية بالتغذية الصحية العامة والتي تساعد في التحام الكسور والعودة للفعالية المعتادة بإذن الله.

Referencecs

* Websites:

- www.arabdr.net

- thawra.alwehda.gov.sy

* د. فرانك ألويسيو وآخرون، ترجمة د. أحمد ذياب وآخرين، مركز تعريب العلوم الصحية، 2006.



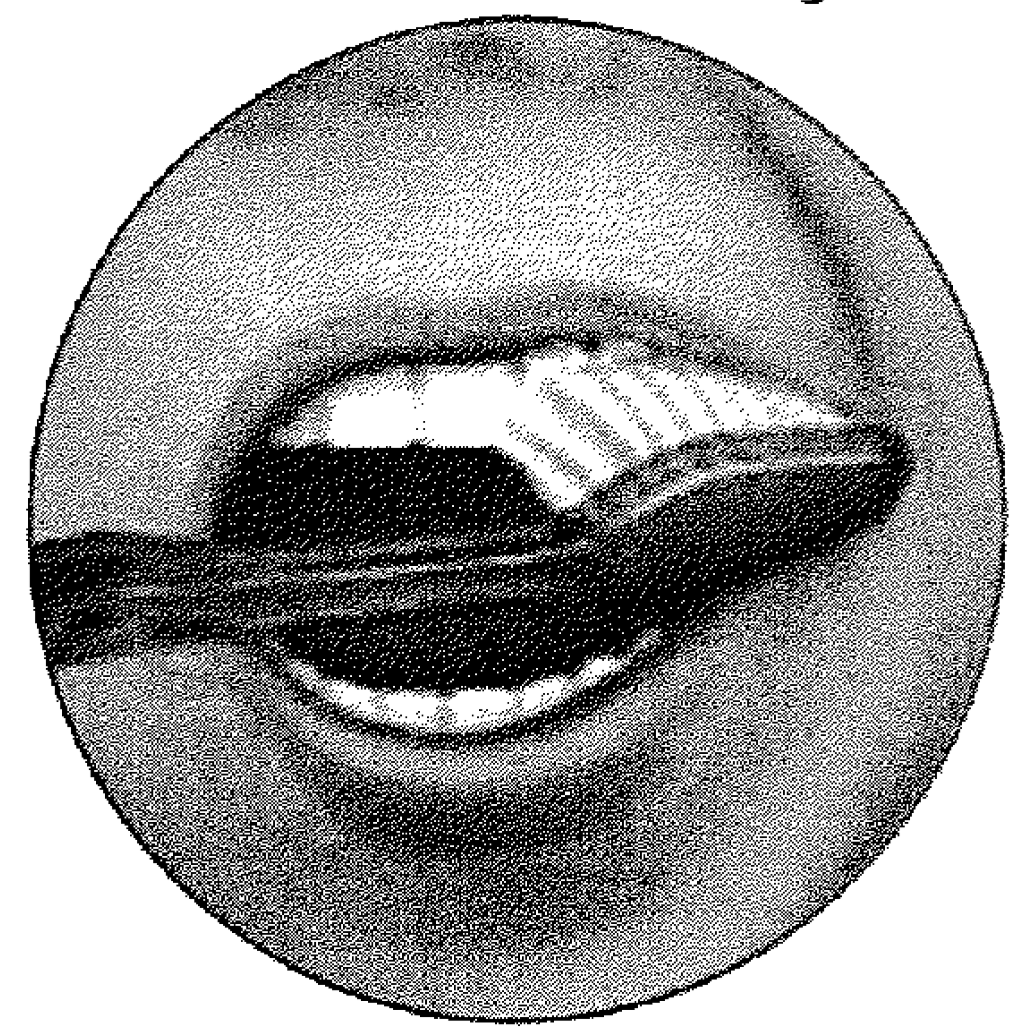
العـــــــدد 26
أكـــتـوبـــر 2009

كيفية العناية بأسنان طفلك

د: حبابة المزيدي *

باتت عملية العناية وتنظيف الأسنان من أكثر الأعمال دقة وضرورة لابد منها للمحافظة على هذه النعمة وأداء وظائف الأسنان على أكمل وجه والحصول على ابتسامة براقة لأطفالنا تزيدهم ثقة بأنفسهم وعدم شعورهم بأي ألم من جراء حدوث تسوس لأسنانهم، أو أية مشكلة فموية أخرى كالتهاب اللثة وما إلى ذلك وتأثيره على نومهم ونشاطهم وتحصيلهم الدراسي.

فقد أصبح تسوس الأسنان مرضاً مزمناً ينافس نزلات البرد والأنفلونزا في حدوثه في يومنا هذا، فكثرة المغريات من حلويات ومواد سكرية وتناولها وإهمال العناية بالفم والأسنان ونظافته كان من أحد أهم الأسباب، فلذا على الأم البدء مبكراً بالعناية بفم وأسنان طفلها منذ ولادته لتضمن سلامة صحة أسنانه ولثته.



الشكل رقم (1): العناية والاهتمام بتنظيف الأسنان من أهم أسباب الوقاية من تسوس الأسنان

وسوف نستعرض فيما يلي أهم النقاط والنصائح التي يجب مراعاتها والحرص عليها في فن العناية بصحة فم وأسنان الطفل :

1 ـ مراعاة تنظيف لثة الطفل بقطعة شاش مبللة وذلك للتخلص من بقايا وآثار الحليب على لثته، بعد كل رضعة يتناولها للحفاظ على نظافة الفم واللثة وعدم تكوّن الفطريات.

2 ـ على الأم البدء بتفريش أسنان طفلها منذ بزوغ السن اللبني الأول للطفل، وذلك في عمر ستة أشهر تقريباً، وباستخدام فرشاة أسنان صغيرة مناسبة لعمر الطفل متوفرة في الصيدليات والأسواق المركزية.

3 ـ استخدام معجون أسنان يحتوي على مادة الفلورايد المقوية لطبقة المينا من السن والمقاومة للإصابة بتسوس الأسنان، وعند خوفها من ابتلاع طفلها لمعجون الأسنان تكتفي باستخدام فرشاة الأسنان وهي مبللة بالقليل من

* مسؤولة التوعية الصحية ـ برنامج الفروانية المدرسي لصحة الفم والأسنان ـ وزارة الصحة، دولة الكويت.

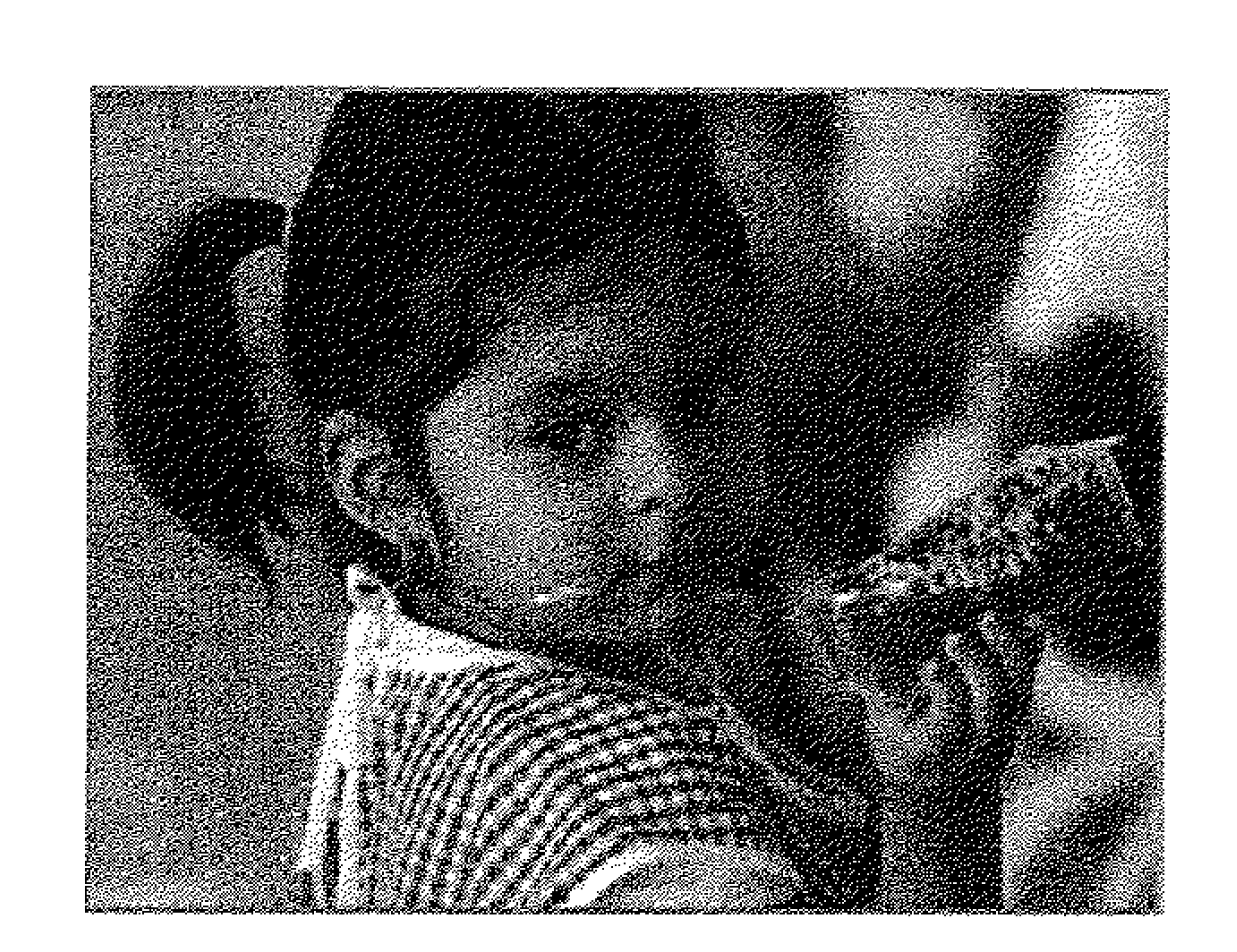
الماء لحين اتقان طفلها التخلص من بقايا المعجون لضمان عدم بلعه.

4 ـ على الأم تفريش أسنان طفلها ثلاث مرات يومياً وبعد تناول الوجبات، وخاصة ليلاً قبل الذهاب إلى النوم للتخلص من طبقة البلاك ومايسمى باللغة العربية بـ (اللويحة الجرثومية) المكونة من بقايا الطعام، والسكريات المتراكمة على أسطح الأسنان وجراثيم الفم مسببة الأحماض التي تهاجم الأسنان، والإصابة بتسوسها والتي تُعد أول سبب في حدوث تسوس الأسنان.

بقايا الطعام والسكريات + جراثيم الفم + أحماض = تسوس الأسنان

5 ـ إعطاء الطفل شرابه والعصائر الطازجة بدون إضافة المواد السكرية على أن يشرب بكأس صغير، وذلك عند بلوغه العام الأول والتخلص من الرضاعة الصناعية بالزجاجات والتي تتسبب في زيادة تسوس الأسنان لوجودها وتلامسها مع أسنان الطفل لفترات طويلة.

6 ـ الالتزام بتناول الغذاء الصحي والإقلال من تناول السكريات والحلويات ما أمكن.



الشكل رقم (2): يجب الإقلال من تناول الحلويات

7 ـ الزيارة الدورية لطبيب الأسنان كل ستة أشهر للكشف والفحص والمتابعة وحتى عند عدم وجود شكوى أو ألم على أن تكون زيارة الطفل مبكرة منذ بلوغه العام الأول من العمر، لكي يتعرف على عيادة طبيب الأسنان ويكوّن فكرة عن عيادة الأسنان ويتعرف على الأدوات والمكان.

8 ـ التطبيق الموضعي لمادة الفلورايد الوقائية وذلك كل ستة أشهر لمقاومة التسوس.

وإليكم برنامج وقائي علاجي في دولة الكويت خير مثال لبرنامج متكامل يختص بالعناية بالطفل وصحته الفموية، ويختص بعلاج أطفال المدارس والطلبة، وسوف نستعرض نشأة هذا البرنامج وخدماته وأهدافه وخططه التوعوية والوقائية والعلاجية في سبيل الوصول إلى جيل واعٍ بأهمية المحافظة على الصحة الفموية والتقليل من أمراض الفم والأسنان المختلفة.

فقد أنشأ البرنامج الوطني لصحة الفم والأسنان المتمثل بجميع البرامج المدرسية لصحة الفم والأسنان والتي تغطي جميع محافظات دولة الكويت بمراكزها وبعض العيادات المدرسية، وذلك في بعض المدارس الحكومية في دولة الكويت. وهذه البرامج تتبع مراقبة صحة الفم والأسنان في وزارة الصحة الكويتية ـ إدارة طب الأسنان.

ويعتبر هذا مثال حي يحتذى به في الشرق الأوسط لما يقدمه من خدمات في مجال الصحة الفموية. فقد أُنشئت البرامج المدرسية بناءً على نتائج المسوح والدراسات التي دلت على ارتفاع نسبة تسوس الأسنان بين طلبة المدارس.

بدأ البرنامج المدرسي الأول في محافظة العاصمة وذلك في عام 1983م، وامتد ليشمل باقي محافظات دولة الكويت في عام 1994م ليبدأ العمل في أربعة برامج مدرسية (حولي ـ الجهراء ـ الفروانية ـ الأحمدي).

وفي عام 2002 م تم افتتاح برنامج الكويت المدرسي لذوي الاحتياجات الخاصة لخدمات طلاب مدارس التربية الخاصة. وفي عام 2004م أنشئ برنامج مبارك الكبير لخدمة طلاب مدارس منطقة مبارك الكبير التعليمية ليكون عدد البرامج المدرسية 7 برامج مدرسية.

الإشراف العلمي والإداري:

في نهاية العام الدراسي 1999 أسندت وزارة الصحة العامة مهمة الإشراف العلمي والإداري لكافة البرامج المدرسية لمعهد فورسايث الأمريكي بالتعاون مع مراقبة صحة الفم والأسنان بإدارة طب الأسنان، وذلك في وزارة الصحة الكويتية.

الأهداف:

- نشر التوعية الصحية الفموية بين أفراد المجتمع كافة.
- وقاية الأسنان السليمة من التسوس.
- علاج حالات تسوس الأسنان بمختلف طرق العلاج المتاحة.
- خفض نسبة الأمراض الفموية.

الخدمات:

1 ـ الخدمات التثقيفية والتوعوية:

* عقد محاضرات وندوات التوعية بالصحة الفموية لطلبة المدارس والهيئة التدريسية، كذلك أولياء الأمور وذلك من خلال التعاون بين عيادات المدارس والإدارات المدرسية.
* التواصل مع كافة فئات المجتمع من خلال المشاركة في المعارض والأنشطة الصحية مع جميع أجهزة الدولة، وتواجد فرق التوعية الصحية في الأماكن العامة.
* نشر المقالات والأبحاث الموجهة للعامة في مختلف الوسائل الإعلامية.
* طباعة الكتيبات والمنشورات التي تعنى بالصحة الفموية وتوزيعها على مختلف المراكز الصحية.
* إصدار مجلة البرامج المدرسية الدورية (مجلة صحة الفم) تتولى مهمة التعريف بالبرامج المدرسية وأهدافها وخدماتها، وتوعية أولياء الأمور والطلبة بالعادات الفموية السليمة.
* إنشاء موقع توعوي على شبكة الإنترنت الذي يُعد أول موقع عربي يهتم بصحة فم وأسنان الطفل.

2 ـ الخدمات الوقائية:

* توجيه طلبة المدارس إلى طرق تفريش الأسنان السليمة وأساليب الوقاية واعتماداً على أسلوب التعليم الجماعي والفردي.
* تطبيق مادة الفلورايد لزيادة مقاومة الأسنان للتسوس.
* إضافة المادة السادة اللاصقة (الحشوات الوقائية) على أسطح الأسنان الأكثر عُرضة للتسوس.

3 ـ الخدمات العلاجية:

* علاج تسوس الأسنان الأمامية والخلفية باستخدام الحشوات التجميلية.
* علاج العصب الجزئي والكامل.
* التلبيس المعدني لتاج السن لوقايته من الكسر في حالة تآكله نتيجة للتسوس أو ما بعد علاج العصب.
* علاج الحالات الطارئة بتخفيف أو إزالة الألم وعلاج الالتهابات.

* تقدم البرامج المدرسية خدماتها لرياض الأطفال وطلاب المدارس الابتدائية والمتوسطة في كافة محافظات دولة الكويت.
* يقوم بتنفيذ خطط البرامج المدرسية الوقائية والتوعوية والعلاجية فريق عمل يتكون من 500 فرد (أطباء أسنان ـ مساعدين عيادة ـ فنيات صحة فم وأسنان).
* يتولى إدارة البرامج المدرسية والإشراف على تنفيذ خططها وأهدافها مجموعة من أطباء الأسنان الإداريين منسقين مشرفين فنيين ومسؤولي توعية صحية ووقائية.

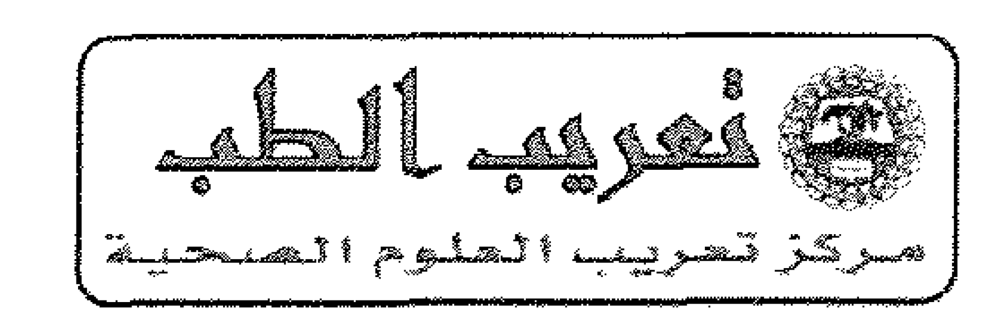
وأخيراً نود إعلام جميع القراء بأن مراقبة صحة الفم والأسنان بإدارة طب الأسنان قامت بتصميم أول موقع يهتم بصحة فم وأسنان الطفل على شبكة الإنترنت كما ذكرنا، ويشمل مختلف الأمور التوعوية والتثقيفية وأساليب الوقاية وطرق العلاج المختلفة وهو: www.smilekw.com



الشكل رقم (3): توجيه طلبة المدارس إلى الطرق السليمة لتفريش الأسنان

References

- www.smilekw.com
- Your child teeth jane icemp & clare walters .



العـــــــدد 26
أكـتـوبـر 2009

الحمى الغامضة عند الأطفال

د: منال طبيلة *

لقد درج عند أجدادنا كثيراً من المعتقدات بخصوص صحة أطفالهم، ومن ضمن هذه المعتقدات أن الحمى الغامضة حمى مجهولة السبب (Pyrexia of Unknown Origin;Puo) قد تكون بسبب عملية التسنين (Teething) عند الطفل، فما هي الحمى الغامضة؟ إنها تلك الحمى التي تصيب الأطفال الأقل من ثلاث سنوات وترتفع مستوياتها إلى قراءات أعلى من (39) درجة سيليزية وتستمر لفترة أطول من سبعة أيام دون ظهور أية علامات على الطفل.



الشكل رقم (1): حمى الطفل

تتفاوت العلامات الإكلينيكية المصاحبة للحمى من علامات ظاهرة مثل الرشح أو الكحة أو حتى الاختلاجات الحرارية الحموية (Febrile Convulsions) إلى غياب أية علامة إكلينيكية؛ مما يؤدي إلى غموض الوضع وتعقيد المسألة التشخيصية لدى الطبيب المعالج. وسنتناول في السياق الآتي أسباب الحمى الغامضة في المواقف الإكلينيكية المختلفة مثل:

أولاً: الحمى الغامضة عند الأطفال حديثي الولادة حتى الشهر الثالث من العمر

ثانياً: الحمى الغامضة عند الأطفال من عمر ثلاثة أشهر إلى ثلاث سنوات.

ثالثاً: الحمى الغامضة المصحوبة بالطفح الحبري (Petechial eruption)

رابعاً: الحمى الغامضة لدى مرضى فقر الدم المنجلي (Sickle cell anemia)

خامساً: فرط السخونة (Hyperpyrexia)

سادساً: الحمى مجهولة السبب (Pyrexia of Unknown origin)

وسنتطرق إلى سُبل المساعدة للوصول لتشخيص محدد ونعرِّج قليلاً إلى وسائل العلاج المتاحة.

* طبيبة أطفال - وزارة الصحة، دولة الكويت.

أولاً: الحمى الغامضة عند الأطفال حديثي الولادة حتى الشهر الثالث من العمر

على الرغم من أن (60٪) من أسباب الحمى في هذه الفئة العمرية هي عدوى ڤيروسية (Viral infection)، إلا أن احتمالات العدوى الجرثومية (Bacterial infection) الخطرة تجعل من الحتمي التعامل مع هذه الحمى بجدية وبالأخص إذا صاحب هذه الحرارة خمول عام (Apathy) وفقدان الرغبة للرضاعة، فبالإضافة إلى إدخال المريض لأجنحة المستشفى؛ فإنه يجب سحب عينات دم وبول السائل المخي النخاعي الشوكي بالإضافة إلى فحص الأشعة السينية للصدر لحين ظهور نتائج التحاليل والبدء فوراً بالعلاج بالمضادات الحيوية.

ثانياً: الحمى الغامضة من عمر (3) أشهر إلى (3) سنوات.

تكثر الحمى الغامضة في هذه المرحلة العمرية وتصيب ما يقارب (30٪) من الأطفال وفي (1.5٪) من هذه الحالات يوجد تجرثم في الدم من غير أي أعراض واضحة على الطفل. كما أنه توجد عدة عوامل تعين الطبيب على تقييم خطورة هذه الحمى، وهذه العوامل هي:

1 ـ الحرارة الأعلى من (39) درجة سيليزية.

2 ـ ارتفاع عدد كريات الدم البيضاء أكثر من (15,000) لكل مكرولتر.

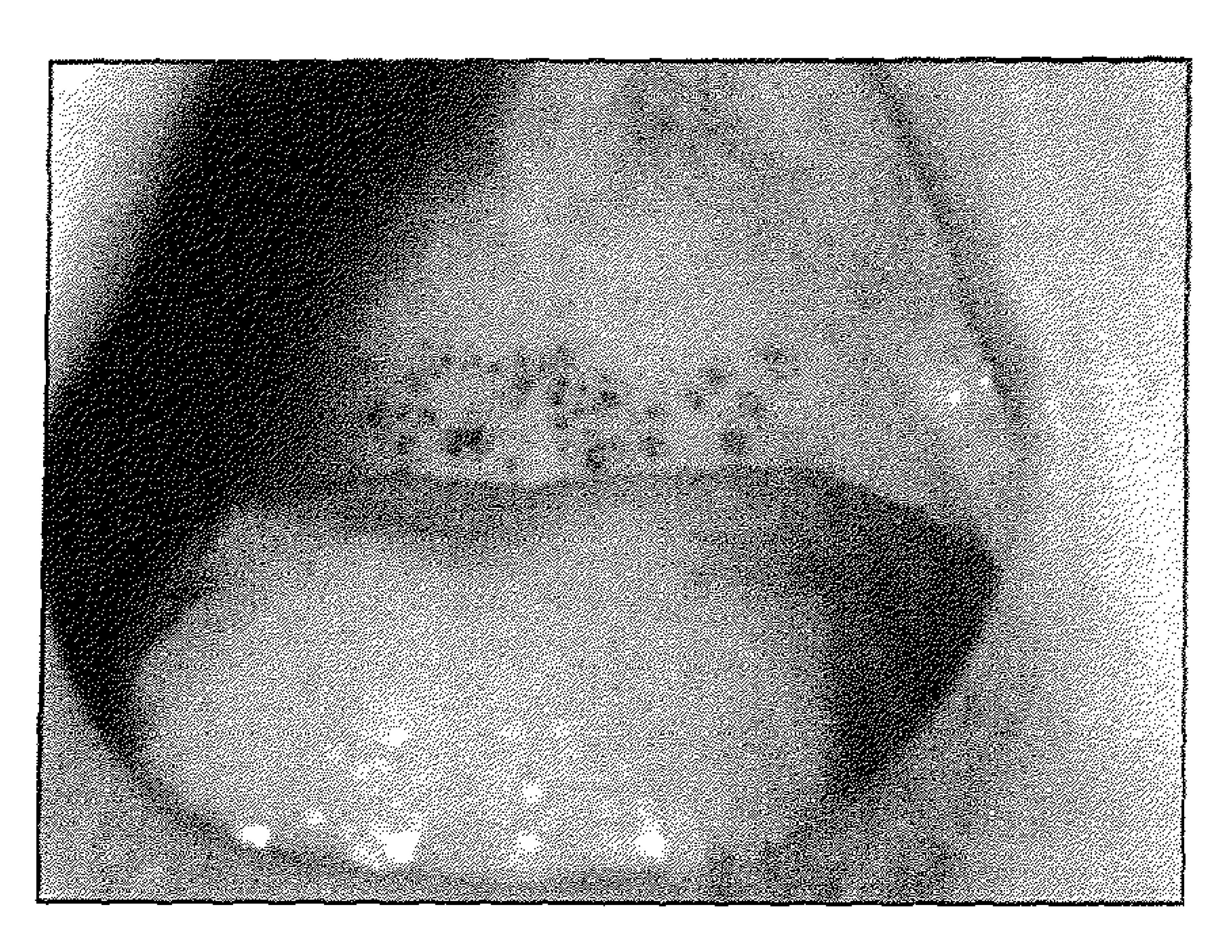
3 ـ ارتفاع عدد خلايا العدلات (Neutrophils)، وارتفاع عدد الكريات البيض غير الناضجة (Band form).

4 ـ ارتفاع سرعة تثفل (ترسيب) الكريات الحمراء.

يتراوح مصير تجرثم الدم الغامض ما بين الاختفاء التام التلقائي أو الاستمرار بدون أعراض أو الاستمرارمع ظهور أعراض ثانوية على الطفل، وهذه الأعراض إما أن تكون خطيرة، مثل أعراض التهاب الأغشية السحائية أو أعراض بسيطة مثل أعراض الزكام، وفي كل الأحوال يجب إيضاح الوضع العام للطفل والطلب منهم إعادة إحضاره إلى المستشفى في حالة ظهور أي أعراض عليه.

ثالثاً: الحمى الغامضة المصحوبة بالطفح الحبري

يعتبر الطفح الحبري علامة غير مريحة للطبيب وخصوصاً إذا كان الوضع العام للطفل غير مريح وعلاماته الحيوية غير مستقرة والذي قد يشير إلى وجود إنتان أو تجرثم بالدم أو حتى التهاب سحائي؛ لذا يجب التعامل مع مثل هذه الحالات بحزم وبدء العلاج بأسرع وقت ممكن. وعلى النقيض من ذلك فإن القرار بإرجاء بدء العلاج وإعطاء الطفل فرصة للمراقبة إما في قسم الطوارئ، أو خلال زيارات العيادة الخارجية إذا كان وضعه العام مستقراً ولا يوجد ظهور جديد للطفح الحبري عدا أن يكون سبب هذا الطفح الحبري حالة من القيء العنيف أو السعال المستمر.



الشكل رقم (2): الطفح الحبري

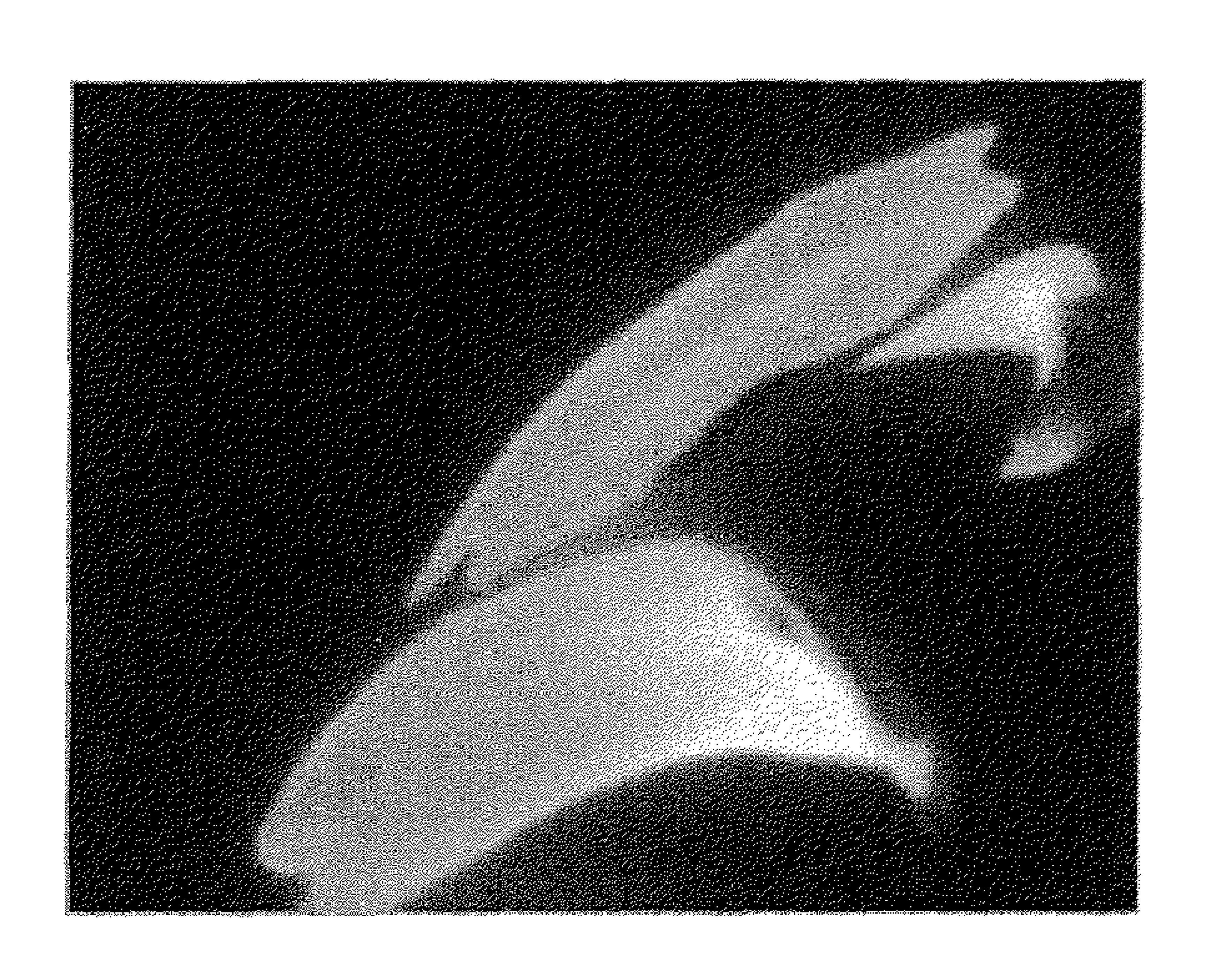
رابعاً: الحمى الغامضة لدى مرضى فقر الدم المنجلي:

تحتل العدوى الإنتانية السبب الأول للوفاة عند المصابين بفقر الدم المنجلي، وبالأخص في السنوات الخمس الأولى من العمر وذلك بسبب انعدام الطحال الوظيفي وخلل وظيفة عامل بروبردين. قد تشير الحمى الغامضة عند هذه الفئة من الأطفال إلى عدوى إنتانية أو تجرثم السلمونيلة أو الجرثومة العنقودية (Staphylococcus) في الدم أو حتى التهاب العظم والنقي أو التهابات المجاري البولية أو

الالتهاب الرئوي. يجب علاج مرضى فقر الدم المنجلي داخل المستشفى في الحالات التالية:

1 ـ وجود حرارة عالية تفوق الـ (40).
2 ـ ارتفاع عدد الكريات البيضاء في الدم عن (30,000) أو انخفاضها عن (5,000).
3 ـ وجود ارتشاح رئوي في الأشعة السينية للصدر.
4 ـ ألم مبرح غير مسيطر عليه بالمسكنات البسيطة.

وفيما عدا ذلك يمكن متابعة علاج المريض من خلال زيارات العيادة الخارجية لإعطائه عقار البنسيلين كوقاية من النوبات الإنتانية وللتأكد من أخذه للقاحي المكورات الرئوية والجرثومة المستدمية النزلية.



الشكل رقم (3): كريات الدم الحمراء في فقر الدم المنجلي

خامساً: فرط السخونة

لا يشيع حدوث مثل هذا النوع من الحمى والتي قد تتجاوز حاجز الـ (41) درجة سيليزية، والتي غالباً لا تشير إلى وجود عدوى إنتانية خطيرة ولكن يجب مراقبة الطفل المصاب بحرص وفحصه فحصاً شاملاً لمحاولة التعرف على سبب هذه الحمى والتي يندر معرفته.

سادساً: الحمى مجهولة السبب

هي نوع خاص من أنواع الحمى الغامضة ولكنها تختلف من ناحية أنه يتحتم لإطلاق لقب «الحمى مجهولة السبب» على حمى الطفل أن يكون قد مضى على هذه الحمى مدة ثلاثة أسابيع خارج المستشفى أو أسبوع داخل المستشفى لم يظهر خلالها أي سبب للحمى سواء بالفحص الإكلينيكي أو التحاليل المخبرية، على أن تكون قراءة درجة الحرارة مثبتة بمقياس الحرارة.

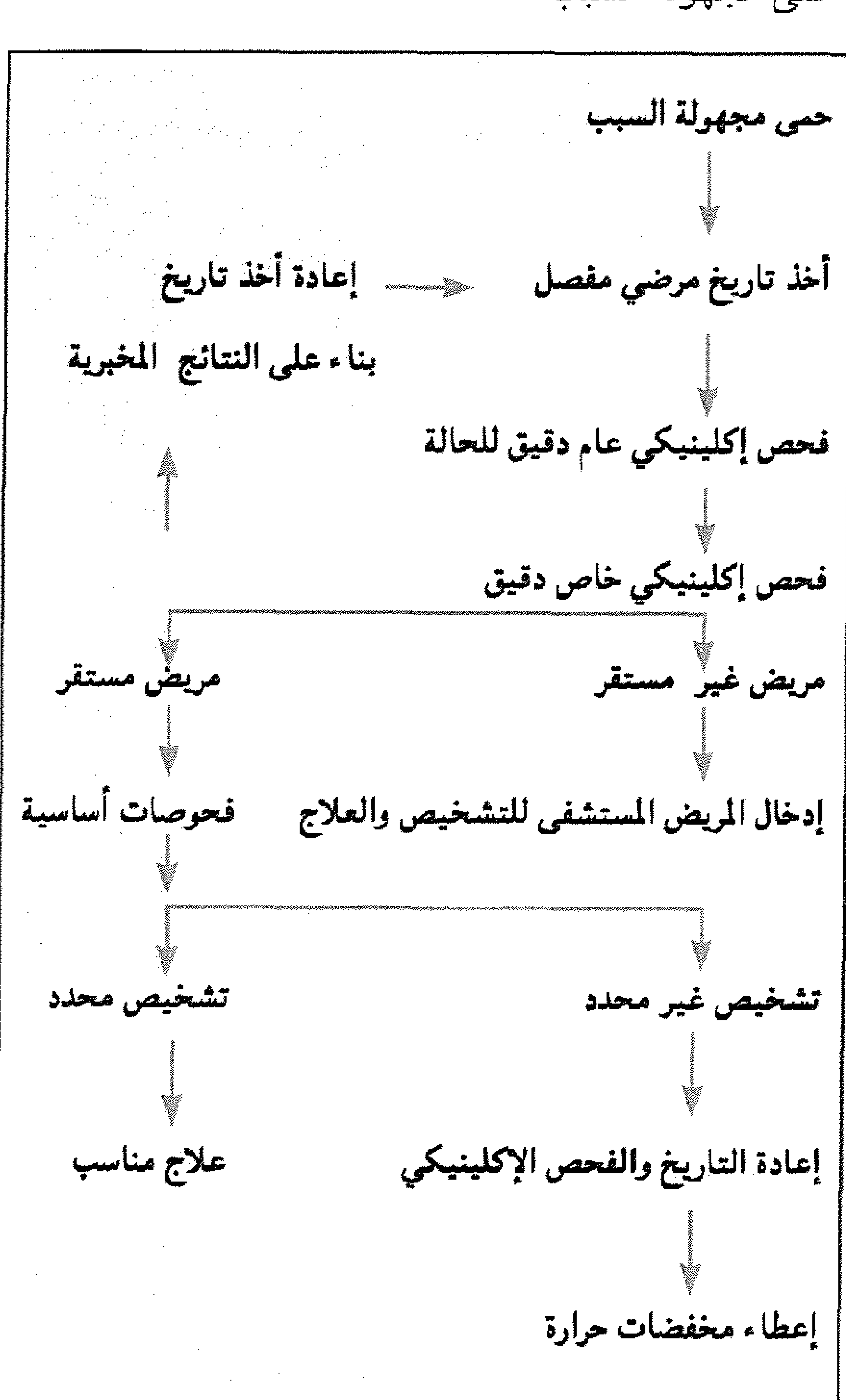
أسباب الحمى مجهولة السبب

تتعدد الأسباب التي تؤدي إلى استمرار الحرارة عند الأطفال ولكن من أبرز هذه الأسباب:

1 ـ العدوى الجرثومية مثل السلمونيلة، التولاريمية (Tularemia)، أو البروسيلة
2 ـ الأمراض الروماتزمية مثل داء ستيل (التهاب المفاصل الروماتويدي اليفعي)(Still's disease"Juvenile rheumatoid arthritis")
3 ـ تكوّن الأورام مثل الورم اللمفي
4 ـ حمى العقاقير: ويمكن تعريف هذا النوع من الحمى بالحمى المرتبط وجودها باستمرار إعطاء العقار، ومن العقاقير المشهورة بذلك عقار الأتروبين والذي يكثر وجوده في قطرة العين العلاجية.
5 ـ الحمى المفتعلة: وتحدث هذه الحمى عندما يخدع أهل المريض الممرضة والطبيب وذلك بإعطاء ابنهم شراب ساخن قبل قياس الحرارة بهدف إيهام الطبيب أن ابنهم محموم ولا يستجيب للعلاج، وهذا التصرف غير سوي وينم عن خلل في الحالة النفسية للأهل.
6 ـ يندر أن تستمر الحمى لفترات طويلة تقارب ستة أشهر، وإذا حدث هذا فيجب التفكير في تشخيصات غير شائعة عند الأطفال، مثل الورم الحبيبي أو داء المناعة الذاتية.

تشخيص الحمى مجهولة السبب

كما ذكرنا آنفاً إن تشخيص الحمى مجهولة السبب يعتمد أساساً على أخذ تاريخ مسهب للحالة، بالإضافة إلى الفحص الدقيق للمريض مدعماً بقليل من الفحوصات المخبرية. يوضح الشكل (4) مخطط كيفية التعامل مع الحمى مجهولة السبب.



الشكل رقم (4): مخطط كيفية التعامل مع الحمى مجهولة السبب

أولاً: تاريخ الحالة

يجب عند أخذ تاريخ الحالة التركيز على النقاط التالية:

1 ـ عمر المريض حيث تشيع الالتهابات التنفسية والتهاب المعدة والأمعاء تحت سن ست سنوات وتشيع الأمراض ذاتية المناعة وداء الأمعاء الالتهابي (Inflammatory bowel disease) بعد ست سنوات.

2 ـ وجود حيوانات أليفة في المنزل مثل السلاحف والسناجب والتي قد تحمل داء التولاريمية.

3 ـ وجود حالة شهوة الغرائب (القطا) بحيث يبلع الطفل الطين والتراب والتي قد تحمل جراثيم غريبة مثل داء السهمية (داء هجرة اليرقات الحشوي)، وداء المقوسات (Toxoplasmosis).

4 ـ وجود بعض العادات الغذائية الغريبة مثل تناول المياه الملوثة من الترعة، أو ربما سافر الطفل ـ حتى لو منذ زمن بعيد ـ إلى منطقة موبوءة بأمراض مستوطنة مثل الملاريا.

5 ـ إحضار صخور أو طين من مناطق جغرافية نائية تحمل بين طياتها جراثيم غريبة.

6 ـ وجود تاريخ لتعاطي عقاقير مثل عقار الأتروبين.

7 ـ وجود حالة حمى البحر المتوسط العائلية (Familial Mediterranean Fever) في أحد أفراد العائلة.

ثانياً: الفحص الإكلينيكي

من الضروري مراقبة الأمور التالية عند فحص المريض:

1 ـ وجود حالة التعرق من عدمها: يغيب التعرق في حالات الجفاف الشديد أو القيء المستمر أو الإسهال المتكرر، كذلك يحدث في بعض الأمراض المزمنة النادرة مثل: البوالة التفهة الكلوية أو المركزية وفي حالات انعدام التعرق (اللاعرقية) في حالة خلل النسيج الأديمي الظاهر أو حالة خلل الاستقلال الذاتي العائلي (Familial dysautonomia syndrome)، والذي يتميز باختفاء الحليمات الكمئية على سطح اللسان. وكما ذكرنا آنفاً أن تناول عقار الأتروبين يؤدي إلى فقدان التعرق المصحوب بالحمى مجهولة السبب.

2 ـ يساعد فحص العينين لتقصي حالات التهاب الملتحمة

المصاحب لداء كاواساكي (متلازمة العقدة اللمفية المخاطية الجلدية) أو التهاب العنبية المصاحب لداء ستيل.

3 ـ فحص منعكس الحدقة قد يساعد في اكتشاف اعتلال في وظيفة الجهاز الوطائي

4 ـ نجد بعض العلامات المميزة لداء خلل الاستقلال الذاتي العائلي والتي من أهمها: عدم نزول الدمع، فشل منعكس الحدقة، غياب الحليمات الكمئية على سطح اللسان والذي يكون أملساً.

5 ـ وجود ألم بالوجنين قد يشير إلى التهاب الجيوب الأنفية

6 ـ يصاحب ظهور نفطة حرارية بعض أنواع الإنتان الجرثومي من مثل: المكورات الرئوية، الملاريا أو الريكتسية.

7 ـ وجود تبيغ البلعوم بوجود أو عدم وجود نضخة قد يشير إلى عدوى فيروسية مثل داء كثرة الوحيدات العدوائية، عدوى الفيروس المضخم للخلايا، داء المقوسات، السلمونيلة، التولاريمية، أو البريمية.

8 ـ وجود ألم بالعضلات قد يشير إلى داء التهاب الجلد والعضل أو عدوى فيروسية غير شائعة مثل فيروس آربو.

9 ـ قد يظهر فحص فتحة الشرج تضخماً بالعقد اللمفية، أو خرّاج حوضي.

10 ـ وجود حمى مترافقة برعدة أو ظهور حسكات حرارية قد يعطي فكرة عن وجود التهاب المسالك البولية، أو الحويصلة المرارية، أو داء الالتهاب الرئوي.

11 ـ وجود طفح جلدي خلال فترة الحرارة قد يعني حدوث داء ستيل.

12 ـ وجود تسمم درقي قد يسبب زيادة نشاط المنعكس الوتري العميق.

ثالثاً: الفحوصات المخبرية

كما أسلفنا سابقاً أنه قد تتضح معالم التشخيص بعد أخذ تاريخ مرضي دقيق وإجراء فحص إكلينيكي متقن، وإذا ما استمر التشخيص غامضاً فقد يلجأ الطبيب لإجراء بعض الفحوصات المخبرية، مثل:

1 ـ تعداد كامل لعناصر الدم مع عد تفريقي لكريات الدم البيضاء.

2 ـ سرعة تثفل الكريات الحمر.

3 ـ قياس مستوى البروتين التفاعلي.

4 ـ مزارع الدم والبول

5 ـ اختبار التيوبركلين.

6 ـ أشعة سينية للصدر.

7 ـ خزعة نقي العظم.

8 ـ اختبار السيرولوجي للسلمونيلة، التولاريمية، وداء ستيل.

9 ـ تخطيط صدى القلب.

10 ـ التصوير المقطعي المحوسب، والتصوير بالرنين المغناطيسي.

11 ـ أخذ خزعة من الرئتين والكبد.

رابعاً:الوسائل العلاجية

لا يتساوى مفهوم الحمى مع مفهوم العدوى فلكل معنى مختلف، لذا يجب عدم استخدام المضادات الحيوية مع كل نوبة حمى، يستثنى من هذه القاعدة داء السل.

لا يلزم إدخال المريض المستشفى إلا لمراقبة المريض عن كثب وطمأنة الأهل عن وضع ابنهم وإخضاعه لبعض التحاليل المخبرية الأساسية.

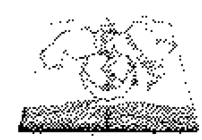
خامساً: مآل الحمى الغامضة

يُفضل مآل الحمى مجهولة السبب عند الأطفال عنه عند البالغين، ولكن لا يمكن تخمين مآلها إلا أنها تختفي لوحدها في كثير من الأحيان بدون معرفة السبب المباشر عند ما يقارب (25٪) من حالات حمى الأطفال.

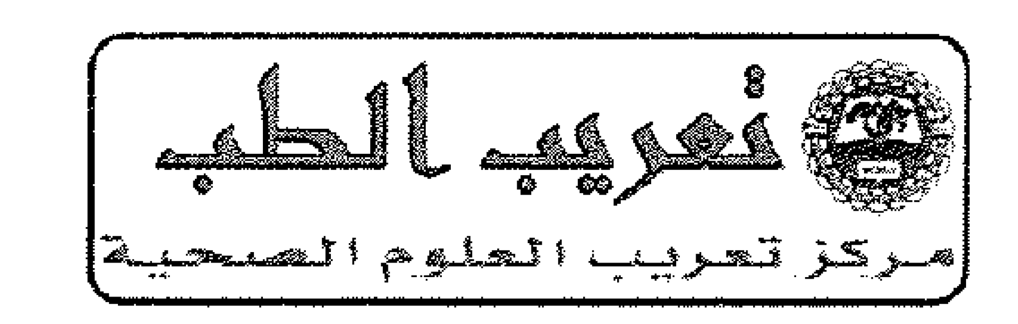
* Bibliography:

- *By Richard E. Behrman Md,Robert M.Klieman MD,Hal B.Jenson MD,and Behrman Nelson Textbook of Pediatrics,(16Th edition,2001).*

- *Ralph D.Feigin,Jame,James Cherry,Gail Demmler,and Sheldon Kaplan. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. Saunders; 5Th edition,2003.*




العـــــــدد 26
أكـــتـــوبـــر 2009



متطلبات اللغة العربية المعاصرة وتأثير وسائل الإعلام

د. ليلى خلف السبعان*

إن الظروف الحضارية والثقافية التي يمر بها المجتمع الكويتي بخاصة، والمجتمع الخليجي بعامة تصبغ لغة المجتمع بلغة العصر الذي نعيشه، وقد اهتمت الدولة منذ سنوات، بتوفير وسائل الثقافة العامة، التي تقوم بمهمتها الأساسية في خدمة أفراد المجتمع الكويتي، ومواجهة مختلف تحديات العصر، ولن يتأتي ذلك إلا إذا أخذت هذه الوسائل بالعلم ومعطياته، وصاحب هذا الأداء قدر كبير من الوعي المهني المتفتح، وملازمة مهنة الإعلام والالتزام بمبادئها وقوانينها ومرتكزاتها، بحيث زادت ساعات البث في أجهزة الإعلام المسموعة والمرئية، وكما كان لهذا الانفتاح على العالم أثره الكبير الذي أدى إلى أخذ وعطاء مهد الطريق لأن يتزود المعجم الكويتي بكثير من الألفاظ الحضارية التي يحتاجها للتعبير عن مسميات ومضامين ودلالات جديدة.

وطبيعة الواقع الاجتماعي تفرز تقابلاتها داخل اللغة العصرية، وقد يكون لهذه التقابلات والأساليب الجديدة امتداد للتشكيل اللغوي القديم، فنجد كثيراً من الأساليب مستعملة في سياقات ودلالات حديثة وعليه يمكن رد كل الظواهر اللغوية في اللغة الإعلامية إلى الواقع الثقافي في الكويت.

من الثابت أن الأشياء والأحداث بما فيها الحضارات والعقائد تدور في فلك طبيعي بشري تتأثر به وتؤثر فيه، ومن هذه الأفلاك تكون اللغة بوصفها وعاء الثقافة، وحافظةً للحضارة وللدين وهو وجه من وجوه الوحدة، وحين يكون الوعي باللغة حاضراً ومتحركاً في كيان الإنسان ودمه وثقافته تكون اللغة هي الحياة نفسها والهوية نفسها.

واللغة العربية لغة أمة عريقة وتُعد لغتها وجهاً وحيداً من وجوه دينها ووحدتها وحضارتها وفعلها في حركة التاريخ الإنساني، وهي اليوم أمام تحديات كبيرة أولها (العولمة)، حيث لم تعد هناك لغة في عالمنا المعاصر

* أستاذ علم اللغة العام ـ قسم اللغة العربية ـ جامعة الكويت.

تستطيع أن تنسو بمعزل عن نمو المعرفة المتفجرة بتسارع مدهش في العالم حولنا.

الأهم في قضية العولمة أنها عملية تاريخية جارية، وواقع معاش على المستويات العلمية والاقتصادية والسياسية والثقافية، واللغوية، فهناك ثقافة عالمية آخذة بالتشكل تتجاوز الحدود القومية والمحلية الأخرى، وقد يقال إنها ثقافة سطحية أو وافدة، أو استهلاكية أو مادية، أو غزو ثقافي سمها ما شئت، ولكن ذلك لا ينفي أن هذه العولمة اللغوية تعصف بالعالم كله، وتريد أن تكون هي وحدها السيد المطلق والضارب في أعماق الجذور المعرفية والحضارية للأمم الأخرى.

* فما المقصود بالعولمة اللغوية؟ ومتى بدأت؟

* وماذا أعددنا نحن العرب لمجابهتها وهى التي تريد إزاحة كل شيء غير قادر على المنافسة.

اللغة العربية المعاصرة ومتطلبات العولمة:

تطور الخطاب الإعلامي المعاصر، تطوراً سريعاً، وذلك نتيجة للتقدم العلمي والتقني في مجالات الحياة كافة، وأصبح لزاماً علينا أن نواكب هذا التقدم الذي يستدعي مخاطبة الجماهير بلغة يفهمونها، وضرورة الارتقاء بمستوى الخطاب الإعلامي المعاصر من حيث الانتقاء والتصنيف، والخلو من الأخطاء الشائعة، والعمل على الارتقاء بالمضمون الثقافي لهذا الخطاب، أما قضية العولمة ومتطلباتها، فقد باتت تشغل مساحات واسعة من الفكر المعاصر، من منظور عقلاني شامل لمختلف جوانبها الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والإعلامية والحضارية، والإنسانية فالمهم في الأمر المطلب اللغوي للعولمة،حيث تزخر اللغة اليومية بكثير من المصطلحات والمفردات والتراكيب الغريبة والتعابير الفنية، نجد أن معنى كثير من هذه المصطلحات المستعملة مرتبط في أذهاننا بمفهوم معين فُرض علينا تحت ظروف وحاجات وإذا أردنا استعمالها للتعبير عن مفهوم خاص للدلالة المعنية، أو دلالة حديثة أو ما وراء اللغة كما يقولون فإننا نشعر بالميل لاستخدام كثير من الألفاظ الأجنبية بفعل سيطرة العولمة على جوانب كثيرة من حياتنا.

وأقول لا خوف من سيطرة العولمة، وعلينا مواجهتها، طالما استندنا إلى لغة ذات جذور تاريخية ودينية وحضارية، ولا نخاف من غزو العولمة على تراثنا وحضارتنا، ما دمنا نقف في ثبات لمواجهة هذا الطارئ المسيطر، متسلحين بثوابتنا الأساسية، وقيمنا وأفكارنا ذات الجذور.

إن اللغة الغربية في خطاب الإعلام الكويتي والخليجي والعربي، تحمل كثيراً من مظاهر التغيير التي تختلف فيها عن اللغة العربية التي نزل بها القرآن الكريم، وصيغ من خلالها التراث العربي، ولا غرابة في ذلك، فاللغة ظاهرة اجتماعية، تتطور بتطور الحياة، ومن ثَم فقد كان في حكم المحال أن نستخدم فصحى التراث في صوغ الخطاب أوالرسالة الإعلامية المعاصرة، وأصبح قيام الصراع بين النمط المستعمل في السلوك اللغوي أمراً لا مفر من مواجهته.

ومن الطبيعي أن تقوم فلسفة الإعلام على استعمال لغة تتسم بالوضوح والسهولة دون مجافاة لقواعد الصواب اللغوي، لتحقق وظيفة التعامل اللغوي مع قاعدة عريضة من الشعب ذات ثقافة لغوية محدودة، غير أن تطبيق هذه الفلسفة اللغوية في واقع السلوك اللغوي اليومي لم يكن دائماً على درجة كبيرة من الوفاء لهذه الغاية، بذلك أصبحت لغة الإعلام اليومي معرضة لكثير من ملامح التغيير التي كان لها تأثيرها في السلوك اللغوي العام غير أن تطبيق هذه الفلسفة في واقع السلوك اللغوي

اليومي، لم يكن على درجة كبيرة من الوفاء لهذه الغاية، وأصبح الخطاب الإعلامي اليومي معرضاً لكثير من ملامح التغيير والتي كان لها تأثيرها السلبي على اللغة العربية في السلوك اللغوي العام.

والقول بوجود انحراف لا يصح، إلا كان لدينا توصيف واضح المعالم للنمط السائد الذي يدخل في علاقة مع الانحراف، نستبين بها أشكال الانحراف ومداه، على ذلك فإن التوصيف أو المعيار هو جزء لا يتجزأ من الدرس اللغوي أو البحث الميداني في الدرس اللغوي المعاصر.

وبعد هذا الطرح التمهيدي ، سنقف عند الجزء الثاني من البحث والذي سيكون في الجانب التطبيقي لمظاهر العصر في اللغة العربية وأهم مظاهرها السلبية هي:

أ ـ قضايا التذكير والتأنيث، والتي تعتبر سمة من سمات اللغة العربية وسنركز على قضايا مثل:

1 ـ الكلمات الخاصة بأوصاف النساء.

2 ـ ألفاظ الوظائف والمهن من حيث التذكير والتأنيث.

3 ـ ما يستوي في الوصف به المذكر والمؤنث.

4 ـ المؤنثات المجازية.

5 ـ ما يؤنث بالتاء وبألف التأنيث الممدودة والمقصورة.

6 ـ أسماء الأجهزة والمخترعات.

7 ـ الخلط بين المذكر والمؤنث.

الأصل في الاسم أن يكون مذكراً، والتأنيث فرع عنه، ولكون التذكير هو الأصل استغنى الاسم المذكر عن علامة تدل على التذكير، ولكون التأنيث فرعاً عنه افتقر إلى علامة تدل عليه (انظر شرح ابن عقيل 4/91)، وقد اختلف العلماء في تحديد العلامات التي إن لحقت بالاسم جعلت دلالته تتصرف إلى التأنيث، فالمبرد يجعلها منحصرة في لفظين.

أحدهما: التاء التي تبدل منها في الوقف هاء، وهي تدخل على كل نعت يجري على فعله لا يؤنث إلا بها، وذلك كقولك قائم وقاعد ومفطر وإذا أردت التأنيث قلت قائمة وقاعدة ومفطرة. والوجه الآخر في التأنيث الألف مقصورة أو ممدودة، فالمقصورة حُبلَى، وسكرى وعطشى، والممدودة حمراء، وصفراء، وخُنفساء.

ويتفق ابن فارس مع المبرد في حصره لعلامات التأنيث إلا أنه زاد عنه الهاء: وقد تذكر في المذكر للمبالغة نحو علامة ونسّابة.

ويقال امرأة حائض لأنها تختص بالحيض، وامرأة طاهر التي طهرت من الحيض، وطاهرة الخلق لأن الرجل يشركها في طهارة الخلق، وقاعد من الولد، وامرأة مرضعة لأن إرضاعها لم ينقطع، ومرضع أي معها ولد رضيع.

ومن الأسماء التي فيها علامة ما يكون اسماً للأجناس، ومنها ما يكون اسماً للمفردات، فأما ما يكون للأجناس فإنما يقع واحدة من جنس نحو قولك: تمرة، وبسرة، وشعيرة، فحق هذا إذا أخرت منه الهاء أنه يجوز فيه التذكير والتأنيث فنقول: هو التمر، وهو البُر وهو العنب، وكذلك ما جاء في منهاجه قال الله تعالى: ﴿تَنزِعُ النَّاسَ كَأَنَّهُمْ أَعْجَازُ نَخْلٍ مُّنقَعِرٍ ﴿٢٠﴾﴾ [القمر:20]، فهذا لمن جعل هذه الأشياء أجناساً، ومن جعلها محمولة على معنى الجماعة أنّث فقال: هي التمر، وهي الشعير، أو كقوله تعالى: ﴿كَأَنَّهُمْ أَعْجَازُ نَخْلٍ خَاوِيَةٍ ﴿٧﴾﴾ [الحاقة:7].

ويعلل ابن يعيش احتياج المؤنث إلى علامة، لأنه لما كان المذكر أصلاً والمؤنث فرعاً عليه لم يحتج المذكر إلى علامته لأنه يفهم عند الإطلاق إذ كان الأصل، ولما كان التأنيث ثانياً لم يكن بد من علامة تدل عليه (شرح المفصل 89/5).

ويحصر ابن يعيش علامات التأنيث في ثلاث، التاء والألف والياء، وزاد أن غيره قد أضاف الكسرة في نحو: فعلت يا امرأة، فصارت العلامات أربعة.

فأما التاء فتكون علامة للتأنيث تلحق الفعل، والمراد تاء تأنيث الفعل نحو: قامت هند، وإذا لحقت التاء الاسم نحو قائمة وقاعدة أبدل منها الهاء في الوقف فنقول: هذه قائمة، والألف للتأنيث مثل حُبلى وسكرى.

وأما الياء فتكون علامة للتأنيث في نحو: اضربي وتضربين ونحوهما؛ فإن الياء فيهما عند سيبويه ضمير الفاعل وتفيد التأنيث، كما أن الواو في اضربوا ويضربون ضمير الفاعل وتفيد التذكير، وهي عند الأخفش وكثير من النحويين حرف دال على التأنيث بمنزلة التاء في قامتْ، وأما الياء في (هذي) فليست علامة للتأنيث كما ظن، إنما هي عين الكلمة، والتأنيث مستفاد من نفس الصيغة (شرح المفصل 5/90-91)، على حين يعد أبو بكر بن الأنباري الياء في نحو قولك (هذي قامت) من علامات التأنيث (المذكر والمؤنث لابن الأنباري ص 166، 173).

أولاً: إضافة التاء للكلمات الخالية منها الخاصة بأوصاف النساء:

يَرِد بكثرة إضافة التاء للكلمات الخاصة بأوصاف النساء، مثل:

* هي (بائنة) بينونة كبرى... وهي لا تحل له.
* لا يجوز لها الطواف حول الكعبة وهي (حائضة).
* وكان قد دفع الباب عليها بقوة وهي (حاملة) في الشهر السابع.
* المشكلة في نظري مشكلتان، أولاً أنها طالقة منه للمرة الثانية.
* كانت أشهر (مرضعة) للرسول السيدة حليمة السعدية.

ثانياً: ألفاظ الوظائف والمهن:

احتلت المرأة في عصرنا عدداً من الوظائف المرموقة، أظهرت فيها مشاركتها في بناء وترقية الأمة، وقد حظيت بعض الشخصيات النسائية في كويت ما بعد النفط بوظائف راقية نحو: مدير ـ وزير ـ رئيس قسم ـ دكتور ـ محام، ويميل البعض إلى استعمال هذه الألقاب بدون التاء جرياً على مأثور اللغة من تغليب المذكر، وقد ورد هذا بقلة نحو:

* أصبحت المرأة (عضواً) بارزاً في المجتمع.
* شاركت في اللجنة العليا وكيل وزارة التربية لشؤون الخدمة الاجتماعية، و(الوكيل) المساعد لشؤون التعليم.

وكان المعيار أن تذكر التاء في كلمتي وكيل وزارة، والوكيل المساعد، حتى نأمن اللبس ويعرف السامع أنهما امرأتان.

* انتُخبت الدكتورة (عضواً) باليونسكو لحماية البيئة.
* رُقيت الدكتورة إلى أستاذ مساعد في قسم الكيمياء.
* وإضافة التاء شائع في فصحى العصر، موافقةً لنهج اللغة في ضرورة مطابقة الصفة للموصوف، وإلحاق علامة التأنيث بالكلمات الوصفية إذا أطلقت على النساء.
* والغالب في الأسماء الجامدة ألا تلحقها علامة التأنيث إن وصف بها مؤنث، وهو الأقيس والأفصح، ولكن لا مانع من دخولها عليهما بتخريج مقبول وهو استعمالهما استعمال الصفة فتعاملان بهذا الاعتبار.

ثالثاً: ما يستوي في الوصف به المذكر والمؤنث:

* يكثر إضافة التاء لما يستوي فيه المذكر والمؤنث من الصفات للتفرقة بين المذكر والمؤنث، خاصة في نشرات الأخبار، ومما ورد من أمثلة تحت فئة الكثير ما يلي.
* كان من بين المصابين امرأة (قتيلة).
* أطلق عليها الرصاص فسقطت الطفلة (قتيلة).
* ... سقطت على إثرها فتاة (جريحة) برصاص العدو.
* لابد من اللحاق بهم أيتها المرأة (المسكينة)
* ... تعاني الأمرين فهي أم (صبورة).

ب ـ الاشتقاق وسيلة عصرية.

الاشتقاق «هو أخذ كلمة من كلمة أخرى مع تناسب بينهما في المعنى، وتغيير في اللفظ»، تكون بين الكلمات

التي جاءت على صيغ مختلفة بينها صلة رحم معينة، قوامها اشتراك هذه الكلمات مختلفة الصيغة في أصولها.

وكثير من تلك الصيغ التي يجوز اشتقاقها لا وجود له فعلاً في نص صحيح من نصوص اللغة؛ وهناك فرق كبير بين الجائز لنا اشتقاقه من صيغ، وما اشتق فعلاً في أساليب اللغة المروية سماعياً عن العرب.

ولقد قال بعض النحاة المتأخرين إن كل كلمة أصل بنفسها، وليس فرعاً عن كلمة أخرى.

ويعد الاشتقاق أوسع الطرق لنمو اللغة العربية وتطورها، وله ثلاثة أشكال رئيسة:

1 ـ الاشتقاق الصغير: وهو اتحاد المشتق والمشتق منه في الأصول والمعنى وترتيب الحروف، ويسمى أيضاً بالاشتقاق العام، ويقوم على افتراض أن هناك أصلاً وفرعاً في الاشتقاق، وأن هناك مشتقاً وهو الفرع كاسم الفاعل مثلاً، وأن هناك أصلاً وهو المشتق منه كالمصدر مثلاً.

2 ـ الاشتقاق الكبير «القلب»: ويعني اتفاق المشتق والمشتق منه في الأصول والمعنى مع الاختلاف في الترتيب، مثل: جَذَبَ ـ وجبذ.

3 ـ الاشتقاق الأكبر «الإبدال»: ويعني اتفاق المشتق والمشتق منه في بعض الأصول، وتقارب الأصوات في البعض الآخر، مثل: بعثر، وبحثر.

ولعل هذه المجموعة الاشتقاقية تشترك في الحروف الأصلية للكلمة في ترتيبها، كما أنها تشترك في المعنى العام... الذي ظل متداولاً بعد مرحلة تكوين تراكيب اللغة العربية؛ ومن أبرز أدواره عملية التوليد لتراكيب جديدة، ولم ينقطع استخدامه عملياً حتى الوقت الحاضر، لأنه ليس من الضروري أن يكون لكل فعل اسم فاعل أو اسم مفعول.

فقد رأى المازني وابن جني أن ما قيس على كلام العرب فهو من كلام العرب، وقد أخذ العرب من الأعاجم المحيطين بهم جغرافياً، واشتقوا من الأعجمي كما يشتقون من أصول كلامهم، نحو: «درهمت الخبازى» أي صارت كالدرهم، وهي اسم أعجمي.

ناقش عبدالقادر المغربي منهج القياس بأنحائه المختلفة في كتابه (الاشتقاق والتعريب)، وهو يذهب إلى أن اللغة نظام اجتماعي متطابق مع نمو وتطور الإنسان، بطرق التكاثر المختلفة كلٌ في مجاله.

وتشتمل اللغة على عدد ضخم من العناصر الصرفية التي تساعد على تكوين كلمات جديدة من كلمات أو أصول موجودة بالفعل، وهذه العناصر تكون إما سوابق (Prefixes) وإما لواحق (Suffixes).

وأنواع الاشتقاق في فصحى العصر إما أن تكون من:

1 ـ جذورعربية. (هاتف، يُهاتف من كلمة الهاتف)

2 ـ جذور غير عربية (تلفن، يتلفن من كلمة التليفون)

* ظاهرة التسكين

يميل البعض إلى تسكين أواخر الكلمات.

من سمات اللغة العربية الفصحى «الإعراب [*]»، وهو الذي يحدد المعاني، ويوضح المفاهيم، ويضبط الكلمات، ويبين وظيفتها في الجملة، وربَّما أدى غياب الحركة في الإعراب، أو في بناء الكلمة، إلى تغيير المعنى من النقيض إلى النقيض، فهي ليست حلية، ولا فضلة، يمكن الاستغناء عنها، بل الحركات بعامة، أصيلة في الكلمة العربية.

(*) حركات الإعراب تأتي في أواخر الكلمات وتختلف باختلاف موقع الكلمة في الجملة، فتكون تارة مفتوحة، وتارة مضمومة، وتارة مكسورة، وتختفي الحركة عند الوقوف في نهاية الجملة، ليحل محلها السكون.

وللدكتور إبراهيم أنيس رأي في حركات الإعراب رُبما لا نتفق معه فيه كل الاتفاق وهو أن الإعراب ليس في حقيقته إلا ناحية متواضعة من نواحي اللغة، أو ببيان أكثر «إن تلك الحركات الإعرابية لم تكن تحدد المعاني في أذهان العرب القدماء كما يزعم النحاة، بل لا تعدو أن تكون حركات يحتاج إليها في كثير من الأحيان لوصل الكلمات بعضها ببعض».

والتسكين والوقف ظاهرة قديمة، جديدة ـ موجودة في نصوص اللغة العربية، وبعض آيات القرآن الكريم، وإذا تجاوزنا الملاحظة العامة، أن في اللغة الفصحى أسماءً وأفعالاً وحروفاً قد بُنِيَتْ على السكون، نجد أن اللهجات كانت في تطويرها لنظام الإعراب تنتهي إلى التسكين، في مواضع كان الإعراب فيها ضرورة لتحديد مفهوم كل كلمة ومعناها في الجملة، وفي المعنى العام.

والوقوف يضيق المعنى، ويعيق إدراكه، وبوصل أجزاء الجملة كالفعل والفاعل والمفعول به، أو الصفة والموصوف، يسهل على السامع إدراك المعنى وفهم المقصود، أما الوقف على المعطوفات بالتسكين، فيضيع الارتباط لأن قيمة العطف تتأتى من الاتباع.

وترتبط ظاهرة التسكين، بظاهرة الوقف، التي تعتبر من المعالم البارزة على طريق العربية في الوصول إلى التسكين، وأبرز مظاهر الوقف العملية هي إسقاط الحركة (حركة الرفع والنصب والجر) إلى السكون، وإجراء الوصل مجرى الوقف.

ويشيع في أجهزة الإعلام العربية، تسكين أغلب كلماتها والوقوف عند مواضع ـ لا يجوز فيها الوقف، كالوقف بين المسند والمسند إليه وبين الصفة والموصوف، والمضاف والمضاف إليه، ويترتب على هذا، تسكين أواخر الكلمات، مما يشوه جمال اللغة، ويفقدها المعنى الذي يخصص للألفاظ مكانها في النظام النحوي ويتأثر المعنى المراد من تركيب الجملة، وبالوقوف في مواضع تسيء إلى الربط العام للجملة. ومن أمثلته:

* ترأسْ وزيرْ ـ التربيةْ أولْ ـ اجتماعْ له في وزارته.

والملاحظ تسكين ترأسْ، وزيرْ، والتربية... إلخ.

الوقف كان بعد كلمة وزير، وبعد كلمة أول، وكان الأجدر أن تُقرأ ترأس وزيرُ التربية، أول اجتماع له في وزارته.

* أعلنتْ بنظيرْ ـ رئيسة وزراء باكستانْ أن بلادها ـ تتطلعْ إلى اتفاقيةْ ـ عدمْ اعتداء مع الهندْ.

وَمن الأفضل أن تُقرأ هذه الجملة. أعلنت بنظير رئيسةُ وزراءِ باكستان، أن بلادَها تتطلع، إلى اتفاقية عدم اعتداءٍ، مع الهند.

* كما نلاحظ تسكين الأسماء والأفعال على حدٍ سواء.

في أكثرْ ـ من مكانْ ـ ينزفْ ـ الدمْ العربيْ ـ ويستحكمْ الخلافْ.

* ما طرأ على الجملة من تغييرات:

إن تأثير اللغات الأخرى على بنية الجملة في اللغة العربية يتجلى بوضوح على أنواع الجمل الحديثة.

فقد ظهرت الجملة المتشابكة والمتداخلة والمبتورة وقد شاع استخدام الجملة المبتورة في الصفحات الرياضية، مثل: خرج الأخضر من المنافسة، تعادل الأصفر والأخضر، وغيرها من الجمل المتداخلة التي يتم فيها بُعد الخبر عن المبتدأ بحشو من الكلام يفقده الخلل في المعنى والدلالة.

المراجع:

1 ـ د. إبراهيم أنيس، كتاب من أسرار اللغة:
ص 62-65 -68 ص 198 وما بعدها، الطبعة الخامسة.

2 ـ المبرد، كتاب المذكر والمؤنث (ص 107-108).

3 ـ الخصائص لابن جني 1/32.

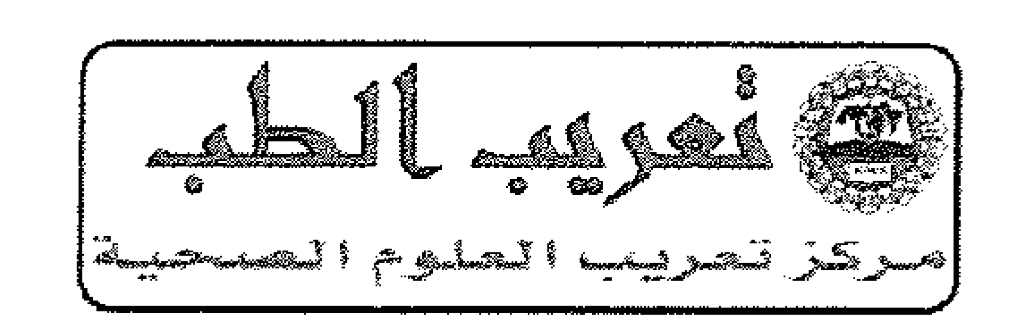
4 ـ ابن فارس، كتاب المذكر والمؤنث ص (47-49-50).

5 ـ ستتكيفتش، العربية الفصحى، ص 90.

6 ـ شرح الأشموني 2/287.

7 ـ في أصول اللغة: 2/60، 2/61.

8 ـ د. نهاد الموسى، ص 147.



العــــــدد 26
أكـتــوبــر 2009

جهود الأطباء العرب في مكافحة المخدرات

د: محمد فؤاد الذاكري *

المخدرات دواء ناجع في تخفيف بعض الآلام، وسمّ زعاف يقتل الفرد، ويخرّب العائلة، ويضعف الأمة، لذلك كان من الواجب أن يقتصر استعمالها على الحاجات الدوائية وأن ينظم إنتاجها وصنعها والاتجار بها بحيث لا يُسمح لأحد أن يتاجر بمصائب الشعب، وأن يستفيد من ابتلاء الأمة بالجسم والروح.

ولقد شعرت الأمم بخطرها وقامت بمحاولات كثيرة للقضاء عليها، وكانت التدابير على نوعين: منها ما هو داخلي ومنها ما هو خارجي.

أما في الداخل فقد استعملت الحكومات تدابير جزائية قاسية تضرب بها من يتعاطون المخدرات ومن يروّجون لها، وأهم هذه التدابير ما رأيناه في كل القوانين الحديثة من اعتبار المخّدرات مواد سامّة تؤدي للموت، واعتبار بائعها بمثابة من يتدارك سماً ليسّلمه إلى الأفراد، ويعاقب بعقوبات الجناية. ولكن الخطر أكثر من داخلي، فهو خارجي عالمي، ومواطنه موزّعة في جميع أنحاء الكرة الأرضية، واذا كان عالمياً وجب أن تكون مكافحته عالمية، في هذه المعركة بين الخير والشر يقوم حب المنفعة الشخصية، والربح المادي المحرّم.

وقد أنشئت الأجهزة والمراكز الدولية لمكافحتها عالمياً، وتشير الدراسات الطبية عن أضرار المخدرات وخطرها بالنسبة للفرد والمجتمع إلى ضررها بالإنسان جسدياً ونفسياً وعقلياً.

فأما ضررها بالجسد فإنها تضعف قوة المدمن لها وتظهر عليه أعراض أهمها:

هبوط القلب والدورة الدموية والتضخمّ في عضلة القلب والالتهابات الرئوية والشعبية، والتهاب الكبد وتليّفها، والفشل الكلوي، كما تؤثر على الجهاز الهضمي وتضعف الشهية، أما ضررها النفسي فهي توصل إلى الكآبة والعزلة والتوتّر العصبي والهلوسة في السمع والبصر، والأحاسيس والمشاعر.

كما يشعر المتعاطون لها بالميل إلى العنف والعدوان، وحدّة الطبع أحياناً وبلادته أحياناً أخرى، فهم في تناقض في الشعور، والسلوك تختلف درجاته بحسب اختلاف نوعية المادة المخّدرة وطبيعة الشخص المتعاطي لها ودرجة إدمانه.

* باحث في التراث الطبي - حلب - سوريا.

وهي تؤثر على العقل من الناحية الوظيفية فيسبب تعاطيها التهاباً، وتلفاً في خلايا المخ مما يؤدي إلى فقدان الذاكرة وبلادة الذهن، وكثرة النسيان، ثم يفضي ذلك تدريجياً إلى فقدان العقل بالكلية.

ولا يقف ضرر المخدرات عند هذا الحد بل يتعداه إلى المجتمع، فهي تعتبر من أهم الأسباب الموجبة لانتشار الجرائم على اختلاف أنواعها: القتل ـ السرقات ـ الاغتصاب.

وقد عرفت الحضارات الأولى فضائل الأعشاب الباعثة للخيال مثل:

1 ـ الخشخاش (Opium poppy) نبات سنوي من الفصيلة الخشخاشية المنومة (Papaver somniferum)، يُستخرج الأفيون من ثماره.

2 ـ البنج (Hyoscyamus) من الهندية، جنس نباتات طبية مخدّرة من الفصيلة الباذنجانية (Solanaceae).

3 ـ اليبروح (اللفاح)(Mandrake) من يبروحا السريانية، نبات عشبي معمّر سام طبي من الفصيلة الباذنجانية، ينبت برّياً في بعض أنحاء الشام.

4 ـ القنّب الهندي (Cannabis indica) نبات حولي من الفصيلة القنبّية (Cannabinaceae) يستخرج منه المخّدر الضار المعروف بالحشيش أو الحشيشة (Marijuana).

كان السومريون وقدماء المصريين يستعملون الخشخاش لخاصيّته المنومة، كما نجد في الصين في القرن (15ق.م) عادة تناول القنّب الهندي في الأوجاع الروماتزمية وفي مرض النقرس (Gout)، وفي الخلل العقلي، كما أوصى العشّاب اليوناني المشهور ديسقوريدس (عاش في القرن الأول الميلادي) بشرب اليبروح (اللفاح) عند البط أو الكيّ.

وعن طريق علم الأدوية عرفت كثيراً من الخواص الدوائية لكثير من النباتات والأعشاب، كالخواص المخدّرة لعصير الخشخاش والقنّب الهندي ونبات ست الحسن (Belladonna) .. إلخ.

الأدوية المخدرة في التراث الطبي العربي:

من أقدم الإشارات إلى الأدوية المخدّرة في التراث الطبي العربي، ما ذكره الطبيب العربي (حنين بن إسحق) (ت 260 هـ/873 م) في القرن الثالث الهجري في كتابه المعروف (في حفظ الأسنان واللثة واستصلاحها) فيقول: (وقد يستعمل كثير من قدماء الأطباء في علل اللثة والأسنان، إذا كانت مع حرارة، الأدوية المخدّرة مثل البنج والأفيون وقشر اليبروح).

ويعلن (حنين) بكثير من الوضوح والصراحة قائلاً**(وأنا أكرهها لأنه لا يؤمن أن يحدث في الأسنان حدث رديء، أو يصل منها شيء إلى الجوف، فتكون الآفة منها أعظم من منفعتها، فينبغي أن تجتنب ما لم تدع إلى استعمالها ضرورة شديدة).**

هذه الإشارة الواضحة من شيخ المترجمين العرب، ورئيس أطباء الخليفة العباسي المتوكّل، وناقل التراث العلمي اليوناني إلى العربية، واضحة لا لبس فيها، فهو يكره الأدوية المخدّرة واستخدامها للعلاج، ويوصي ببدائل عنها، وهو يتكلم بلسان حال (أطباء زمنه)، والمقصود بقدماء الأطباء الذين كانوا يشجّعون استخدام الأدوية المخدّرة هم الأطباء السابقون، واليونانيون، ولقد أدرك هذا الطبيب العبقري مدى التأثير الضار في الإدمان على مثل هذه النباتات المخدّرة، وذكرها بالاسم.

ويحدّد (حنين) حالة واحدة لاستخدام الأدوية المخدّرة فيقول: (فنستعملها إذا أفرط الوجع حتى يخاف على المريض التلف).

الأدوية المخدّرة عند ابن سينا:

يميّز (ابن سينا) في الأدوية المسكّنة للأوجاع بين (المرخيّات) ويعرّفها بأنها (الأدوية التي تحلّل برفق)، و(المخدّرات) فيقول عنها بأنها (الأدوية التي تزيل الوجع في عضو بذهاب حسّه)، ومن المرخيّات يذكر (ابن سينا): بذر الكتّان، الشبث، إكليل الملك، البابونج، الخطمي، الحمّاما، الكرنب، السلجم، زوفا رطب، والبعض من هذه الأدوية مازال يُستعمل حتى يومنا هذا، لفعاليتها المهدّئة مثل: الشبث وإكليل الملك والبابونج والزعفران.

أما المخدّرات فيذكر: الأفيون، الخشخاش، اليبروح، البنج، بالإضافة إلى:

1 ـ الشوكران (Conicum) عشبة طبية سامّة من الفصيلة الخيمية (Umbelliferae).

2 ـ عصارة الخسّ البرّي (Lactuca cretica)جنس نبات من الفصيلة المركّبة (Composite)، يصفه (ابن سينا) بأنه [في قوة الخشخاش الأسود، ينوّم ويزيل السهر].

3 ـ عنب الثعلب (Vitis labrusca) ضرب من الكرمة قلبي الورق، يحمل ثماراً عنبية حلوة غليظة القشرة، وقد ذكر (ابن سينا) خمسة أنواع، منها نوع [ينبت في أماكن صخرية، وهو مخدّرٌ منوّم يشبه الأفيون في خصاله إلا أنه أضعف منه، إن شرب من لحاء أصوله وزن مثقال بالشراب جلب النوم، وإن شرب منه فوق اثنتا عشرة حبّة أحدث الجنون].

ويضيف (ابن سينا) إلى ذلك الثلج والماء المبّرد بالثلج. نستنتج أن استعمال الأدوية المخدّرة كان واسع المجال، فالأفيون كان يوصف كمخدّر ومنوّمٍ ومسكنٍّ، وكانت طرق تناوله مختلفة (شراب، طلاء، فتيلة، قطرة...إلخ)، وذات الشيء لنبات (اليبروح)، غير أنه كان يستخدم كمخدّر في إطار الجراحة للبّط أو الكيّ أو القطع.

وأعراض إفراط تناول الأفيون معروفة مثل: الحكّة الشديدة وثقل اللسان وغور العينين، والمقدار القاتل منه درهمين.

الأدوية المخدّرة عند الطبيب داوود الأنطاكي: (ت 1008 هـ/1599 م):

كان داوود الأنطاكي كأسلافه الأطباء العرب واعياً بأن المخدّرات تسكّن الوجع ولا تعالج أسبابه، ولو أنها ضرورية في بعض الأحيان، فيقول: (فإن المرض قد يكون عن برد وينفعه البارد نفع تسكين لا إزالة، كما في البنج والأفيون فيغتّر به الجاهل فيفضي إلى التلف.

ولكنه في الحالات المبرحة من الألم يبيح تناولها أولاً، ثم بعد ذلك يتم تقديم العلاج المناسب للمرض فيقول: (متى اجتمع خطر وغيره... سكّن أولاً بالمخدّرات، ويجب تبديل الأدوية لئلا يَألفها البدن، وإذا التبس الأمر فخلٍّ بين الطبيعة والعلّة، فإنها أدرى حتى تظهر إمارة القهر من أحدهما، ولايبدأ بالتخدير بذي النكاية كالشوكران، بل بالمألوف كالخشخاش والخسّ.

يشرح (الأنطاكي) الأعراض التي تعتري المدمن قائلاً: **(إدمانه يفسد البدن والعقل ويفسد الألوان ويضعف القوى وينهك، وقد وقع به الآن ضرر كثير ولايجوز للأصّحاء استعماله... وإذا جاء وقت أخذه كثر الخفقان والارتعاش وسقطت القوى وانحصر الأفيون).**

ويوضح ضرر الأفيون على الجسم قائلاً: (ومتى زاد أكله على أربعة أيام ولاءً اعتاده، بحيث يفضي تركه إلى موته لأنه يخرق الأغشية خروقاً لا تسّد غيره... وبالجملة فهو من السموم).

وفي موضع آخر يقول: (كمادّة البنج والأفيون فيغتّر به الجاهل فيفضي إلى التلف).

مركّبات الأدوية المخدّرة:

في نهاية القرن العاشر الهجري (النصف الأول من القرن السادس عشر الميلادي) كتب (داوود الأنطاكي) رسالة صغيرة الحجم، كبيرة الأهمية ثمينة المحتوى لاتزال مخطوطة لم تُنشر أو تُحقق بعد، وهي بعنوان: **(مجرّبات داوود الأنطاكي في علم الطب)** تعرّض فيها لدواء قديم مركّب على شكل معجون يبتلع أو يمضغ ويمكن تناوله في بعض الأحيان مذاباً في سائل ألا وهو **(البرشعثا)** وهي كلمة سريانية معناها (برء ساعة)، ويُعرف أيضاً بـ**(البرش)**، ويتكوّن من: الفلفل الأبيض والأسود والأفيون والبنج والسنبل، وتطحن هذه المفردات إلى أن يتّم الحصول على مسحوق ناعم جداً يمزج مع ثلاثة أضعاف وزنه من العسل، وهذا التركيب قديم جداً ويعود للطبيب اليوناني المشهور **جالينوس** (عاش في القرن الثاني قبل الميلاد)، وقد جدّد أمره وأشاعه الطبيب (هبة الله الأوحد أبي البركات) ت(560 هـ/1165م) أي في القرن السادس الهجري، حيث كتب مقالة كاملة عنه، واستقصى في صفته وشرح أدويته، كما يذكر مؤرخ الأطباء (ابن أبي أصيبعة).

ويغمز **الأنطاكي** من قناة (أبي البركات)، ويعتبره المسؤول عن إشاعة واستخدام مركّبات الأفيون، فيقول عنه ويصفه: [المنتقل إلى الإسلام من اليهودية... وأظن أن جالينوس ركّبه كما رأيت ثم نُسي، إما لغفلة المعربّين عنه، أو لإعراض الناس عن استعماله..... كما وقع لكثير من المركّبات، وأن أبا البركات المشهور جدّد ذكره ونشر أمره وأعلم الناس بما لم يعلموا منه... فإنه كان رئيساً في رحلة هذه الصناعة].

ويقول عن **البرش** أو **البرشعثا**: [قد وقع به الآن ضرر كثير ولايجوز للأصحّاء استعماله أكثر من مرة في الأسبوع، وغالب الفساد به من جهة الأفيون والبنج].

ولا ننسى بأن **البرشعثا** كان شائع الاستعمال، ويزوّدنا (داوود الأنطاكي) بقائمة شاملة من استخدامه لمنع الصداع وضيق النفس والسعال والربو والاستسقاء والكدورة والكسل والإعياء، كما يقوّي الحواس والنشاط، ولكن إدمانه يفسد العقل والبدن بسرعة ويسقط الشهوتين (الطعام والنكاح) ويفسد الألوان ويضعف القوى وينهك.

ولعل أحد أسباب اهتمام الطبيب (أبو البركات) بالبرش أنه كان يعالج الأمراض النفسية بنجاح، وكان يستخدم الأدوية المخدّرة كجزء من معالجاته على ما يبدو، وقد نوّه (ابن أبي أصيبعة) ببعض طرقه الناجحة في معالجة الأمراض النفسية مثل (المالينخوليا Melancholy)، وهي النزوع إلى الحزن والإنقباض.

ويقدّم (الأنطاكي) كجزء من مساهمته في محاربة استخدام الأفيون ومشتقّاته ومركّباته، معجوناً مغيراً سمّاه **(الروح الثانية)** يصفه [بأنه يخلّص من الصرع والجنون والإعياء وسقوط القوى وضعف الشهوة ويقطع الأفيون ومركّب منه كالبرشعثا، ويفرح ويرفع الهموم].

ويتألف هذا المعجون من أكثر من عشرين عقّاراً طبياً، ويشرح (الأنطاكي) طريقة تحضيره بالتفصيل، وهو بالطبع لا يحوي أي مادة مخدّرة أو مسكّنة ولكنه يقوم مقام **البرشعثا**، التي شاع تناولها بين بعض الأفراد على ما يبدو.

المؤرّخ تقي الدين المقريزي وحشيشة الفقراء:

تعتبر شجرة القنّب الهندي (Cannabis sativa) مصدراً رئيسياً لاستخراج المخدّر المضّر المعروف بالحشيش أو الحشيشة، وقد خصّص المؤرّخ الشهير (تقي الدين المقريزي) متوفى(845 هـ/ 1441م) في كتابه المعروف **بالخطط المقريزية**، فصلاً خاصاً للتحدث عن مخاطر الإدمان على أوراق (القنّب الهندي) وأطلق عليها تسمية (حشيشة

الفقراء)، كونه لاحظ أن أغلبية متعاطي (الحشيشة) ينتمون إلى الطبقة الفقيرة في زمانه والمهمشيّن، ولو أدرك (المقريزي) عصرنا الحاضر، لوافقنا على القول بأنها: حشيشة الفقراء... والأغنياء على السواء، ويسترسل (المقريزي) في التنبيه لمخاطر (الحشيشة) والإدمان عليها، فيروي عن الطبيب العربي الشهير (ابن النفيس) (607-696 هـ) (القرن السابع الهجري) أنه سُئل عنها فأجاب: [اعتبرتها، فوجدتها تورث السفالة والرزالة، وكذلك جرّبنا في طول عمرنا من عاناها، فإنه ينحّط في سائر أخلاقه، إلى ما لا يكاد أن يبقى له من الإنسانية شيء البتة].

ويحذّر (المقريزي) بلهجة عنيفة وشديدة من آفة الإدمان على المخدّر، بقوله: [فانظر كلام العارف فيها واحذر من إفساد بشرتك، وإتلاف أخلاقك باستعمالها، ولقد عهدناها، وما يرمى بتعاطيها إلا إراذل الناس، ومع ذلك يأنفون من انتسابهم لما فيها من الشنعة].

كما يروي (المقريزي) تفاصيل حملة تأديبية، حدثت في عام (780 هـ) (القرن الثامن الهجري) بقيادة أحد أمراء المماليك المدعو (سودون بن عبد الله الشيخوني) نائب **الملك الظاهر برقــوق،** وكان هدف الحملة إتلاف كل المزروعات من شجرة (القنّب الهندي) في المناطق التي كانت تُزرع فيها وهي الموضع الذي يعرف بالجنينة من أرض الطبّالة وباب اللوق وحكر واصل ببولاق)، وفرض قائد الحملة عقوبة رادعة في ذلك الوقت ألا وهي قلع أضراس المدمنين على تعاطي (الحشيشة).

ولاريب بأن فقدان المدمن لأضراسه، تعني حرمانه وعدم قدرته على مضغ (أوراق الحشيشة) التي كانت تحضّر بطريقة خاصة شرحها العالم النباتي (ابن البيطار) (575-646 هـ) في كتابه (الجامع لمفردات الأدوية والأغذية) تقوم على طبخ أوراق القنّب الهندي طبخاً بليغاً ثم تدعك باليد دعكاً جيداً حتى تعجن، ويُعمل منها أقراصاً تُجفّف بعد ذلك، وتحمّص وتفرك باليد ويخلط بها قليل من السكر والسمسم، ثم تمضغ بشكل بطيء، ويصف (ابن البيطار) التأثيرات النفسية الحاصلة من جراء تناول هذه المادة بأن متعاطيها يطرب ويفرح كثيراً في البداية، ثم يفقد الوعي، ويصل به الأمر بعد ذلك إلى مرحلة الجنون ويؤكد بأنه: [قد استعمله قوم فاختلّت عقولهم وأدى بهم الحال إلى الجنون].

وبنظرة دقيقة واعية، وفهم صحيح، ودرجة عالية من المسؤولية، يصف (المقريزي) أحوال وأوضاع المدمنين على تعاطي المخدرات بأنهم **[قوم جهروا بالسوء من القول، وتفاخروا بالمعايب وانحّطوا عن كل شرف وفضيلة، وتحلّوا بكل ذميمة من الأخلاق والرذيلة]**.

كما أن المجتمع الذي تشيع فيه هذه الآفة يصبح وقد [غلبت السفالة على الأخلاق، وارتفع ستر الحياء والحشمة بين الناس].

ظهور المخدّرات وانتشارها في البلاد العربية:

إن النباتات المخدّرة معروفة منذ قديم الأزمان، ويقول (المقريزي): [وأنا أقول إنه قديم معروف منذ أوجد الله تعالى الدنيا]، ومن الصعب تحديد البدايات الحقيقية لإساءة استعمال المخدّر في البلاد العربية، إلى درجة التعاطي والإدمان، وهناك شبه إجماع بأنها انتشرت بعد القرن السادس الهجري، ويقول شيخ الإسلام (ابن تيميّة): [وهذه الحشيشة فإنه أول ما بلغنا أنها ظهرت بين المسلمين في أواخر المائة السادسة وأوائل السابعة، حيث ظهرت دولة التتار، وكان ظهورها مع ظهور سيف جنكيز خان].

وقال (الحافظ الذهبي) في كتاب (الكبائر): [الحشيشة تشرب وتؤكل وإنما لم يذكرها العلماء لأنها لم تكن على عهد السلف الماضين، وإنما حدثت في مجيء التتار إلى بلاد المسلمين].

وقال الشيخ (محمد علي حسين المالكي) في كتابه (تهذيب الفروق): [اعلم أن النبات المعروف بالحشيشة لم يتكلم عليه الأئمة المجتهدون، ولاغيرهم من علماء السلف لأنه لم يكن في زمنهم، وإنما ظهر في أواخر المائة السادسة وانتشر في دولة التتار].

فالأراء تجمع كلها على استيراد نبات القنّب الهندي من موطنه، أي من الشرق الأدنى، ويحدّد (المقريزي) ظهوره في بلاد خراسان وفارس، وانتشاره عند بعض جماعات المتصوّفة، وانتقاله إلى العراق في أيام الخليفة العباسي (المستنصر بالله) في النصف الأول من القرن السابع الهجري وبالتحديد سنة (628هـ).[فحملها أصحابهم معهم وأظهروا للناس أكلها فاشتهرت بالعراق، ووصل خبرها إلى أهل الشام ومصر والروم فاستعملوها].

وفي رواية أخرى أنها ظهرت في الهند قبل ذلك بزمن طويل ثم شاع أمرها، والواقع إن انتشار استخدام المخدّر من الأفراد إلى جماعات منظمّة معيّنة بدأ بعد القرن السادس الهجري، هو ما دعا إلى اعتبارها آفة دواء، وقد نبّه المؤرخون والفقهاء والعلماء والأطباء العرب القدامى إلى خطورة هذه العادة الأثيمة، وظهرت كثير من الرسائل والكتب تنذر بالخطر من عواقب هذه الآفة الخطيرة، ومحذّرة من مخاطر إدمانها، والملفت للنظر بأنها قد ظهرت أيضاً بعد القرن السادس الهجري بطبيعة الحال، ونذكر منها على سبيل المثال:

1 **تكريم المعيشة في تحريم الحشيشة لقطب الدين القسطلاني،** وهو مخطوط في دار الكتب المصرية، وطبع مؤخراً في مصر (1993).

2ـ **زهر العريش في تحريم الحشيش،** للإمام بدر الدين الزركشي متوفى (794هـ) ـ تحقيق د.السيد أحمد فرج ـ وطبع بدار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع بمصر.

3ـ **مجلس في ذمّ الحشيشة،** للعزّ بن عبد السلام، مخطوط في المتحف البريطاني.

4 ـ **السوانح الأدبية في المدائح القنّبية:** للحسن بن محمد بن عبد الرحمن بن أبي البقاء العكبري: وقد اعتمدها (المقريزي) في كتابه (الخطط المقريزية).

5 ـ **قمع الواشين في ذمّ البراشين:** لعلي بن محمد الجزار توفى بعد (984هـ/1276م)، وهو مخطوط في المكتبة التيمورية (مصر).

6 ـ **نصيحة الأخوان باجتناب الدخان:** لإبراهيم بن إبراهيم اللقاني (ت 1041هـ/1631م) ـ مخطوط في برلين.

بدائل الأدوية المخدّرة والعلاج:

في جهودهم لمكافحة انتشار المخدّرات، اقترح الأطباء العرب القدامى بدائل عدّة للتخلص من إدمانها وضررها، ومن المعروف أن استخدام الأدوية المخدّرة في المجال الطبي يهدف بالأساس لتسكين الأوجاع والآلام الناجمة عن أمراض، أو علل في أعضاء الجسم، ويشرح (ابن سينا) آلية تأثير المخدّر في الجسم الإنساني:

[والمخدّرات قد تسكّن الوجع بما تنوّم، فإن النوم أحد أسباب سكون الوجع وخصوصاً إذا استهل الجوع معه].

كما يقدّم وسائل أخرى للاسترخاء والتخلص من الشعور للحاجة إلى تعاطي المخدّرات، مثل:

1 ـ المشي الرقيق طويل الزمان.

2 ـ دهن بعض المراهم اللطيفة المعروفة، وقد ذكر تراكيبها وكيفية استخدامها.

3 ـ سماع الغناء الطيب، خصوصاً إذا نوّم به.

4 ـ التشاغل بما يفرح، ويصفه بأنه [مسكّن قوي للألم].

5 ـ أن تطيّب مشّمه من التركيبات المعتدلة التي يقع فيها: كافور ومسك ودهن بنفسج، وسائر الروائح الباردة الطيبة.

وبالنسبة للمصابين بالأرق الشديد، وما يرافقه من تناوّل المنوّمات والمخدّرات، فينصح (ابن سينا) باجتنابها

ما أمكن، ولا يبيحها إلا في حال الضرورة القصوى، بعد أن يستنفذ بقية الطرق والوسائل، فيقول بلسان المعتذر: [وربما اضطررنا إلى أن نسقي صاحب السهر المفرط الذي يخاف انحلال قوته قيراطاً، أو نحوه من الأفيون لينومه، ومن ليس سهره بذلك المفرط أن يتعب ويرتاض ويستحمّ، ثم يشرب قبل الطعام بعض ما يسددّ، ويأكل الطعام فإنه ينام في الوقت نوماً معتدلاً].

ومن المعروف بأن الأهل كثيراً ما يلجأوون لرواية القصص والحكايات المسلّية لأولادهم الصغار قبل النوم، لجلب الرقاد إلى عيون أطفالهم، ويستغل (ابن سينا) هذه الطريقة مع بعض التعديلات فيقدم وسيلة مبتكرة، وذلك بتقييد الشخص المصاب بالأرق المفرط، وتركيز ضوء السراج عليه في غرفة معتمة، ثم يأمر الحضور بالإفاضة في الحديث والكلام، لفترة محدودة من الوقت، ثم فكّ قيده بشكل مفاجئ، ورفع السراج، ويأمر القوم بالسكوت، فيستسلم الشخص بعدها للنوم.

وفي علاج الصداع يذكر أنه أسوة بغيره من العلل يجب معالجة سبب حدوثه، ويشدّد قائلاً: [عليك أن لاتميل للمخدّرات ما أمكنك]، ومن الأمور النافعة لعلاج الصداع دلك أطراف الجسم، ووضعها في الماء الحار، واجتناب الأغذية النافخة بطيئة الهضم.

ويذكر (ابن سينا) بالقاعدة الذهبية فيقول:

[وإن اضطررت لشدّة الوجع إلى المخدّرات والمنومّات فعلت مع حذر وتقية].

تسهيل المنافع في الطب والحكمة:

كتاب طبي هام قام بتصنيفه العالم بالطب الشيخ (إبراهيم بن عبد الرحمن بن أبي بكر الأزرق) المتوفى بعد (896هـ/ 1485م)، اليماني الأصل والمنشأ، وقد ضمّنه فوائد طبية عديدة ملتقطة من أمهات الكتب الطبية العربية، ومن جملتها باب هام مختصر وجامع بعنوان [في قطع الأفيون]، يصف فيه بدقة الأحوال التي تعترض مدمن (الأفيون)، والأسباب المؤدّية للوقوع في براثنه، فيقول:

[اعلم أن من مكث على أكل الأفيون مدّة، ثم أراد تركه شقّ عليه تركه، وذلك لوجوده من إلف العادة... حدث منه وجع في البطن وكثرة نزول الغائط وسيلان الوسخ والمخاط وغير ذلك من أعراضه].

أما العلاج المخلّص من الإدمان، فلا يختلف في الإطار العام عما هو متبّع اليوم في المصحّات المختصّة بعلاج المدمنين، وهو التخفيف التدريجي المحسوب من تناول جرعات الأفيون، ويشرح ذلك (ابن الأزرق) بقوله:

[في علاج هذا الأمر وجوه كثيرة التدريج في تركه بالتقليل من عادته حتى يترك أكله ولا يلحقه ضرر، فإذا كان يأكله في يومه وليلته أربعة أوقات أو ثلاثة مثلاً، ويتناول في وقت قيراطاً أو أكثر، فيكون نقصه من مقدار وزن بعد أيام يتركه وقتين، وهكذا حتى يبقى على وقت، ولايزال ينقص مما يتناوله في ذلك الوقت حتى يكتفي بمصّ القرطاس الذي يكون ثم يشمه، فانه يصّح من غير ضرر كما يوصي بتناول شرب لبن البقر (الحليب) [لأنه وربما وقع له من كثرة شرب اللبن والغفلة عن الأفيون، لأن شرب اللبن والإكثار منه يجلب النوم، فلذلك يعالج بشربه من قلّ نومه].

وبنظرة واقعية، يعترف (ابن الأزرق)، بأن بعض الذين يتخلّصون من مرض الإدمان، معرضّون للنكس، ويمكن أن يعودوا إليه، والحل الصحيح والمناسب، أن يجتنبوا مواطن السوء ورفقة المتعاطين له، والأهم من ذلك أن يتوبوا إلى الله توبة نصوحة، فيقول:

[واعلم أن أكثر التائبين من أكل الأفيون يعودون إلى أكله ولو بعد حين، فمن أراد السلامة من الرجوع إلى أكله

فليجانب الآكلين له ولا يصحبهم ولا يدنو منهم و إلا أوقعوه في أكله لا محالة، وليجالس أفاضل الناس وخيارهم ومن لا تعلّق له بأكله، ولا يكاد يذكره فضلاً عن تناوله، فبهذا تتّم توبته مع التجائه إلى الله تعالى في إخلاص التوبة والتوفيق والعون على ما يرضيه فإن الخلوص بعد اعتياده عزيز المرام، إلا من وفقهُ الله تعالى].

وفي ذات المنحى يوصي (إبراهيم اللقاني) (ت 1041هـ/1631م) قائلاً:

[يجوز لمن ابتلي بأكل الأفيون وسائر المفسدات، وصار يخاف على نفسه الموت من تركه فيما يتأتى الخوف منه، أن يستعمل القدر الذي لا يؤثر في عقله وحواسه، ويجب أن يسعى في تقليل ذلك وقطعه].

نتيجة وتوصية:

كشف الأطباء العرب القدامى والمؤرخون، التأثيرات المهلكة لتعاطي الأدوية المخدّرة، وصنّفوها ضمن السموم المهلكة، وقاموا بتوضيح وكشف الأمراض الصحية والنفسية الخطيرة المرافقة للإدمان والتحذير من مخاطره، وتقديم صورة عن المدمنين وأحوالهم، ولم يتوانوا عن إعطاء البدائل الدوائية وغيرها للأدوية المخدّرة، وهي سابقة فريدة تنّم عن وعي حقيقي لأخطار هذه الآفة، وتعامل ناجح لإقناع المتعاطين بالاستغناء عنها، وقد عرضنا لمواقف بعض الأطباء العرب القدامى والمؤرخين والفقهاء، ويبقى التراث الطبي العربي زاخراً بالكثير حول هذا الموضوع .

ومن نافلة القول إنه قد ورد التصريح بحرمة استعمال الحشيشة وغيرها من المخدّرات المسكرة في كتب الفقهاء ـ رحمهم الله ـ على اختلاف مذاهبهم، ويقول شيخ الإسلام (ابن تيمية) رحمه الله [هذه الحشيشة الملعونة من أعظم المنكرات، وهي شّر من الشراب المسكر من بعض الوجوه، والمسكر شّرمنها من وجه آخر. فإنها مع أنها تسكر آكلها حتى تبقى مصطولاً، تورث التخنيث والديوثة، وتفسد المزاج وتجعل الكبد كالأسفنجة، وتوجب كثرة الأكل وتورث الجنون، وكثير من الناس صار مجنوناً بسبب أكلها، والمعتاد لها يصعب عليه فطامه عنها أكثر من الخمر فضررها من بعض الوجوه أعظم من الخمر].

ونتمنى أن تبادر إحدى المؤسسات الثقافية العربية المعنّية، برصد وجمع المخطوطات التراثية القديمة التي تناولت موضوع المخدّرات ومضار التدخين، وتحقيقها ونشرها في سلسلة محكمة، كمساهمة منها في بيان أهمية التراث العلمي العربي وربطه في التعامل مع قضايا الحاضر والمستقبل، والاستفادة العلمية من الآراء والتوصيات وطرق العلاج المطبّقة سابقاً، وتوضيح الدور الرائد والهام للأطباء العرب القدامى في كشف أضرار وعواقب تعاطي المخدّرات على الصعيد الفعلي والعملي، وهو أقوى بيان للجذور الحضارية الإنسانية للحضارة العربية الإسلامية، ولنفتح عيون العالم أجمع على رسالة العلماء العرب القدامى في رقي الإنسان وتطوره.

المراجع:

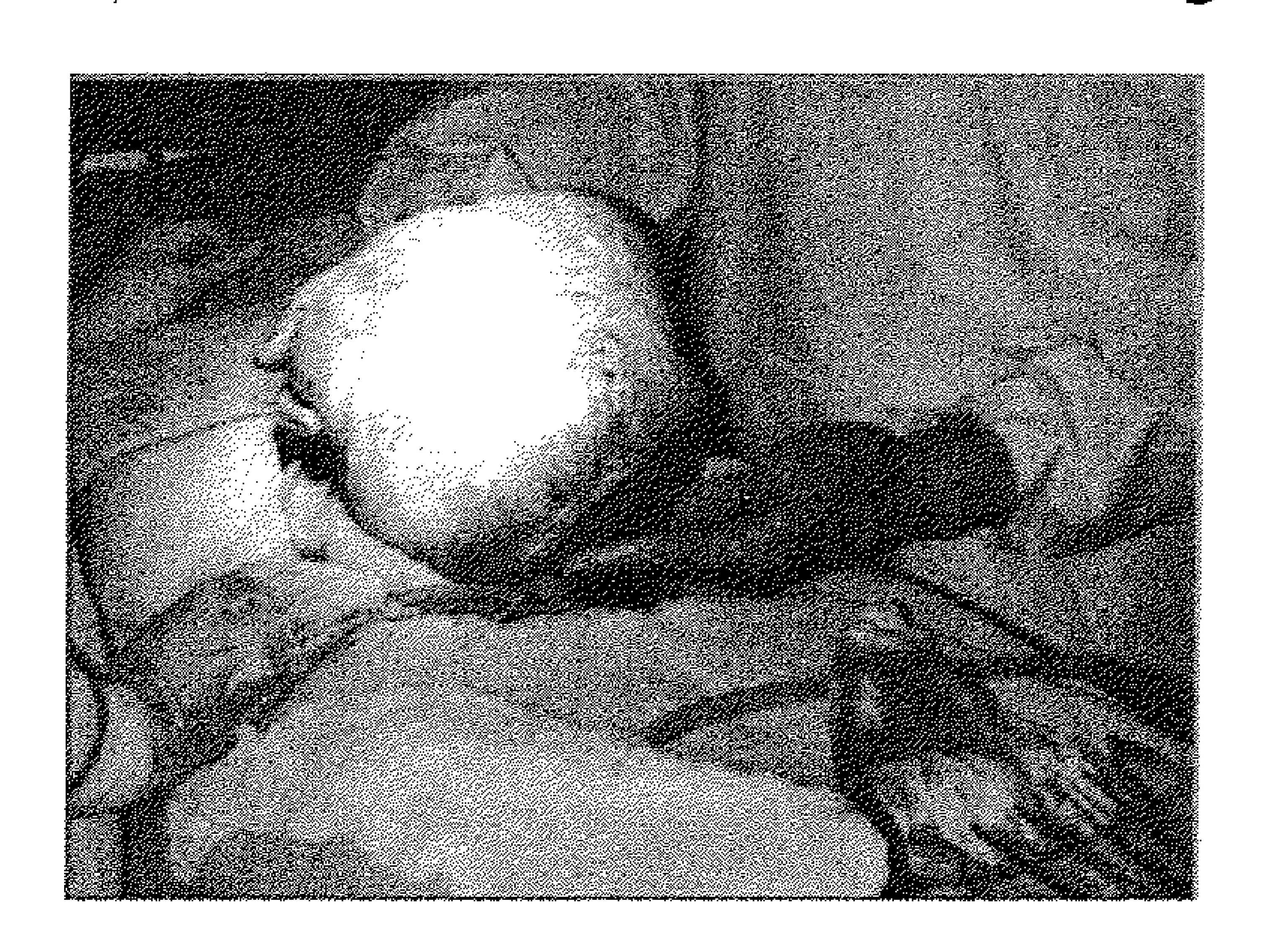
- *ابن أبي أصيبعة: عيون الأنباء في طبقات الأطباء ـ تحقيق نزار رضا ـ مكتبة الحياة ـ بيروت ـ 1965م .*
- *الأزرق: إبراهيم بن عبد الرحمن بن أبي بكر ـ تسهيل المنافع في الطب والحكمة ـ دار الكتب العلمية ـ بيروت ـ 1367هـ/1948م .*
- *حنين بن اسحق ـ في حفظ الأسنان واللثة واستصلاحها ـ دار القلم العربي ـ حلب ـ 1996م*
- *الدبّيان: أحمد ـ حنين بن اسحق دراسة تاريخية لغوية ـ مكتبة الملك فهد الوطنية ـ 1414هـ/ 1993م.*
- *الشنقيطي: محمد ـ أحكام الجراحة الطبية والآثار المترتبة عليها ـ مكتبة الصحابة ـ جدة ـ الطبعة الثانية ـ 1415هـ/ 1994م .*
- *معجم الشهابي في مصطلحات العلوم الزراعية (إنجليزي ـ عربي) ـ مكتبة لبنان ـ الطبعة الثانية – 1982م .*

يُعنى هذا الباب بنشر المعلومات عن الأجهزة الطبية والتشخيصية الحديثة، وكذلك عن أحدث الاكتشافات الطبية

حاربي السرطان،، بجميع أنواعه

بالتأكيد ستكون صدمتك كبيرة سيدتي إذا علمت أن سيدة بين كل (3) سيدات في العالم معرضة للإصابة بنوع من أنواع السرطان!

ولكن ما سيدهشك حقاً هو أن تعرفي أن الكثير من أنواع السرطان من الممكن جداً محاربتها، ووقاية الجسم منه.



يوضح الشكل الورم السرطاني

1 ـ سرطان المبايض (Ovarian Cancer)
حاربيه بالجزر

وقللي خطر إصابتك به بنسبة (54٪) حيث إن المرأة التي تتناول (5) حصص أو أكثر من الجزر النيء أسبوعياً، يقل خطر إصابتها بسرطان المبايض بنسبة أكبر من المرأة التي تتناوله مرة واحدة في الأسبوع. كما أكدت الدراسات والأبحاث على أن المواد الغذائية التي تسمى شبه الكاروتينيات (Carotenoids) والتي توجد بكثرة في بعض الفواكه والخضراوات كالجزر والطماصم والسبانخ والبرتقال والبروكلي، تقي من الإصابة بهذا المرض بنسبة كبيرة بالإضافة إلى أن مضادات الأكسدة الموجودة في الفواكه والخضراوات تمنع تلف الخلايا الذي يعد سبباً أساسياً من أسباب حدوث السرطان.

2 ـ سرطان الرئة (Lung Cancer) ..
استأصليه من جذوره وقللي خطر إصابتك به بنسبة (90٪)

إذا كنت من المدخنين، فعليك سيدتي أن تقلعي عن التدخين بنسبة 90٪ على الفور لتقي نفسك من الإصابة بسرطان الرئة بنسبة (90٪) على الأقل بسبب توقفك عن استنشاق الكثير من السموم أول أكسيد الكربون (Carbon monoxide) والقطران (Tar) والأسيتون (Acetone) والأرسينيك (Arsenic) والبنزين (Benzene) والكادميوم (Cadmium) والفورمالدهيد (Formaldehyde).

3 ـ سرطان الرحم (Uterine Cancer)
حاربيه بالصويا.. وقللي خطر إصابتك به بنسبة (54٪)

في دراسة حديثة بالولايات المتحدة الأمريكية أن الصويا تقي المرأة بنسبة (54٪) من خطر الإصابة بسرطان الرحم بسبب احتوائها على مركبات كيميائية نباتية تسمى بالجنيستين (Genistein) ومركبات أخرى، ذات خصائص مفيدة جداً في الوقاية من سرطان الرحم، ويمكنك أن تمدي الجسم بفوائد الصويا عن طريق الإكثار من حليب الصويا وفول الصويا وروب الصويا. كما يمكنك أيضاً تقليل خطر إصابتك بسرطان الرحم بنسبة (40٪) إضافية عن طريق ممارسة الرياضة بانتظام.

4 ـ سرطان المعدة (Stomach Cancer)
حاربيه بتقليل الملح في طعامك.. واحم نفسك من خطر الإصابة (35٪)

قام المركز القومي للأبحاث في اليابان بعمل دراسة حول سرطان المعدة، أكدت نتائجها أن المرأة التي تتبع نظاماً غذائياً مليئاً بالأملاح يزداد خطر إصابتها بسرطان المعدة بنسبة أكبر من المرأة التي تقلل الملح بشكل عام في طعامها. كما أكدت نتائج الدراسة على أن الإكثار من تناول الأطعمة المحفوظة والوجبات الجاهزة ورقائق البطاطا المقلية ومكعبات مرق الدجاج، يعتبر من أهم أسباب الإصابة بسرطان المعدة بسبب كثرة الملح في هذه الأنواع من الأطعمة.

5 ـ سرطان الأمعاء (Bowel Cancer)

حاربيه بالنخالة..وقللي خطر إصابتك به بنسبة (40٪)

تؤكد أغلب الدراسات والأبحاث أن اتباع نظام غذائي غني بالألياف، يساعد كثيراً على إبقاء الأمعاء خالية من السموم مما يقلل من الإصابة بسرطان الأمعاء، لذا عليك عزيزتي الإكثار من الأطعمة الغنية بالألياف كحبوب النخالة وخبز القمح الكامل والأفوكاد، بحيث يصل مقدار الألياف الذي تتناولينه يومياً إلى (35) جم تقريباً.

6 ـ سرطان المثانة (Bladder Cancer)

حاربيه بالإكثار من الماء.. وقللي خطر إصابتك به بنسبة (50٪)

كثرة تناول الماء تفيد صحة الجسم بشكل عام، ولكن الدراسة الخاصة التي نشرتها المجلة الطبية الإنجليزية (The New England Journal of Medicine)، أكدت على أن تناول 6 أكواب من الماء يومياً، بإمكانه تقليل خطر الإصابة بسرطان المثانة بنسبة كبيرة لأن الماء يساعد على طرد السموم من المثانة وحمايتها من الكثير من الأخطار.

7 ـ سرطان الجلد (Melanoma)

حاربيه بعدم التعرض بكثرة أشعة الشمس.. وقللي خطر إصابتك به بنسبة (55٪)

يعد سرطان الجلد أحد أخطر أنواع السرطان من حيث عدد المصابين به وصعوبة علاجه عند وصوله إلى مراحل متأخرة. ويعتبر السبب الرئيسي في الإصابة بهذا النوع من السرطان هو التعرض بكثرة لأشعة الشمس بشكل مباشر، كما أن هناك عوامل أخرى كثيرة قد تزيد من خطر الإصابة بسرطان الجلد، كالتعرض للضوء المباشر لفترات طويلة ووضع الكثير من مساحيق التجميل وعدم إزالة بقاياها عن البشرة.

ولكي تجنبي نفسك عزيزتي القارئة خطر الإصابة بسرطان الجلد، عليك أولاً عمل فحص دوري للشامات وبقع النمش الموجودة من الأصل على بشرتك أو التي تظهر بشكل مفاجئ عليها، لأن الاكتشاف المبكر لأي تغير يطرأ على خلايا الجلد يساعد كثيراً في نجاح العلاج وفاعليته. كذلك عليك سيدتي مراعاة عدم التعرض لأشعة الشمس بشكل مباشر لفترات طويلة بدون وضع كريم لحماية بشرتك من أضرارها.

9 ـ سرطان الثدي (Breast Cancer)

حاربيه بالإكثار من ممارسة الرياضة .. وقللي خطر إصابتك به بنسبة (60٪)

أثبتت أحدث الدراسات في مجال أبحاث سرطان الثدي، أن ممارسة الرياضة بانتظام تعتبر من أهم وسائل تقليل خطر الإصابة بسرطان الثدي، حيث إنها تؤدي إلى استقرار مستوى الهرمونات في الجسم مما يمنع تكون أي أورام في الثدي.

وكذلك أثبتت الدراسات أن الإكثار من تناول الفواكه والخضراوات وبذر الكتان، يساعد كثيراً في الوقاية من الإصابة من هذا المرض الخطير.

10 ـ سرطان البنكرياس (Pancreatic Cancer)

حاربيه بالإكثار من السمك.. وقللي خطر إصابتك به بنسبة (30٪)

أكدت الأبحاث التي أجريت حول سرطان البنكرياس، أن الأشخاص الذين يتناولون السمك مرتين في الأسبوع أو أكثر، يقل خطر إصابتهم بهذا المرض بنسبة (30-50٪) مقارنة بالأشخاص الذين يتناولونه أقل من ذلك.

كما أجمع العديد من العلماء على أن تناول السمك بكثرة يساعد الإنسان على التقليل من تناول اللحوم الحمراء بشكل تلقائي مما يقيه الكثير من الأضرار الصحية.

يُعنى هـذا البـاب بنشـر المعلومـات الطبـيـة المتنوعـة

التهاب الزائدة الدودية

الزائدة هي أحد أجزاء الجهاز الهضمي ويمكن أن تتورم نتيجة لعدوى أو انسداد (التهاب الزائدة). تشمل أعراض التهاب الزائدة ألماً في الجانب الأيمن السفلي من البطن، مع ارتفاع في درجة الحرارة وقيء. هنالك تبرز الحاجة للجراحة العاجلة لإزالتها، فإذ لم يتم معالجتها بطريقة ملائمة، يمكن حدوث التهاب الصفاق نتيجة انفجارها مما يستدعي إجراء عملية جراحية ومعالجة مطولة.



يوضح الشكل التهاب الزائدة الدودية

التحضير للعملية الجراحية:

عادة ما تجرى العملية تحت تأثير التخدير العام مما يستلزم البقاء في المستشفى لمدة يومين. يقوم الطبيب بفحص الضغط، والبول، وسرعة القلب. يبقى المريض صائماً لمدة 6 ساعات قبل العملية، إلا أن بعض أطباء التخدير يسمحون برشفات قليلة من الماء حتى ساعتين قبل إجراء العملية. يقوم المريض قبل العملية مباشرة بتوقيع إقرار يؤكد فيه أنه على دراية بمخاطر ومنافع العملية والبدائل الممكنة للعملية، وأنه أعطى الإذن للطبيب للتصرف كيفما تقتضي الحاجة. أما في حالة الأطفال فيقوم أحد الوالدين بالتوقيع على ذلك الإقرار.

العملية:

عادة ما يتراوح زمن العملية بين (30-40) دقيقة ويعتمد ذلك على الطريقة المستخدمة.

**** الجراحة بتنظير البطن:***

يتم عمل قطعين أو ثلاثة أسفل البطن، ثم تمر آلة تصوير داخل البطن لمعاينة الزائدة وإزالتها باستخدام آلة معينة تمر داخل البطن. يتم بعد ذلك غلق القطعين بغرز قابلة للذوبان.

**** الجراحة المفتوحة:***

يتم فيها عمل قطع واحد أسفل البطن وعادة ما يكون على الجانب الأيمن ويتم من خلاله إزالة الزائدة ثم يتم إغلاق القطع بعد ذلك.

ماذا بعد العملية الجراحية:

سوف يحتاج المريض إلى راحة حتى زوال تأثير التخدير، وقد يشعر بألم أو إزعاج مع زوال أثر التخدير مما يستلزم تناول بعض المسكنات. ربما يحتاج المريض أيضاً إلى تناول المضاد الحيوي، ثم يبدأ المريض في تناول السوائل والأكل عندما يكون مستعداً لذلك. ربما يضع الطبيب قثطرة لنزح البول وتزال عندما يبدأ المريض في الحركة.

سوف تختفي الغرز القابلة للذوبان في غضون (7 - 10) أيام. أما الغرز العادية فيتم إزالتها بعد (10) أيام.

الشفاء بعد العملية:

قد يحتاج المريض إلى تناول بعض المسكنات مثل «باراسيتامول» أو ما شابه. يمتنع المريض كذلك عن القيادة ولا يُسمح له بذلك إلا عند التأكد من قدرته على التوقف المفاجئ بدون إزعاج، ولا يتأتى ذلك إلا بعد مرور (3- 4) أسابيع حيث يبرأ المريض تماماً.

قد تحدث عدوى للجرح أو في داخل البطن، لذا يجب الاتصال بالطبيب فوراً إذا ما واجه أحد الأعراض التالية:

* ألم متزايد أو ألم لا يمكن التحكم فيه بواسطة المسكنات.
* ارتفاع في درجة الحرارة، أو التعرق، أو الإحساس بالرجفة.
* خروج تجيج من الجرح.

الاختطار:

عملية إزالة الزائدة هي عملية آمنة على وجه العموم. ومع ذلك، فهناك بعض الآثار الجانبية والمضاعفات الواجب معرفتها.

الآثار الجانبية:

هي آثار وقتية ولكنها غير مرغوبة مثل التورم والتكدم، وقد يستمر ذلك حتى (4) أسابيع. أما الندبة فسوف تختفي تدريجياً مع مرور الزمن.

المضاعفات:

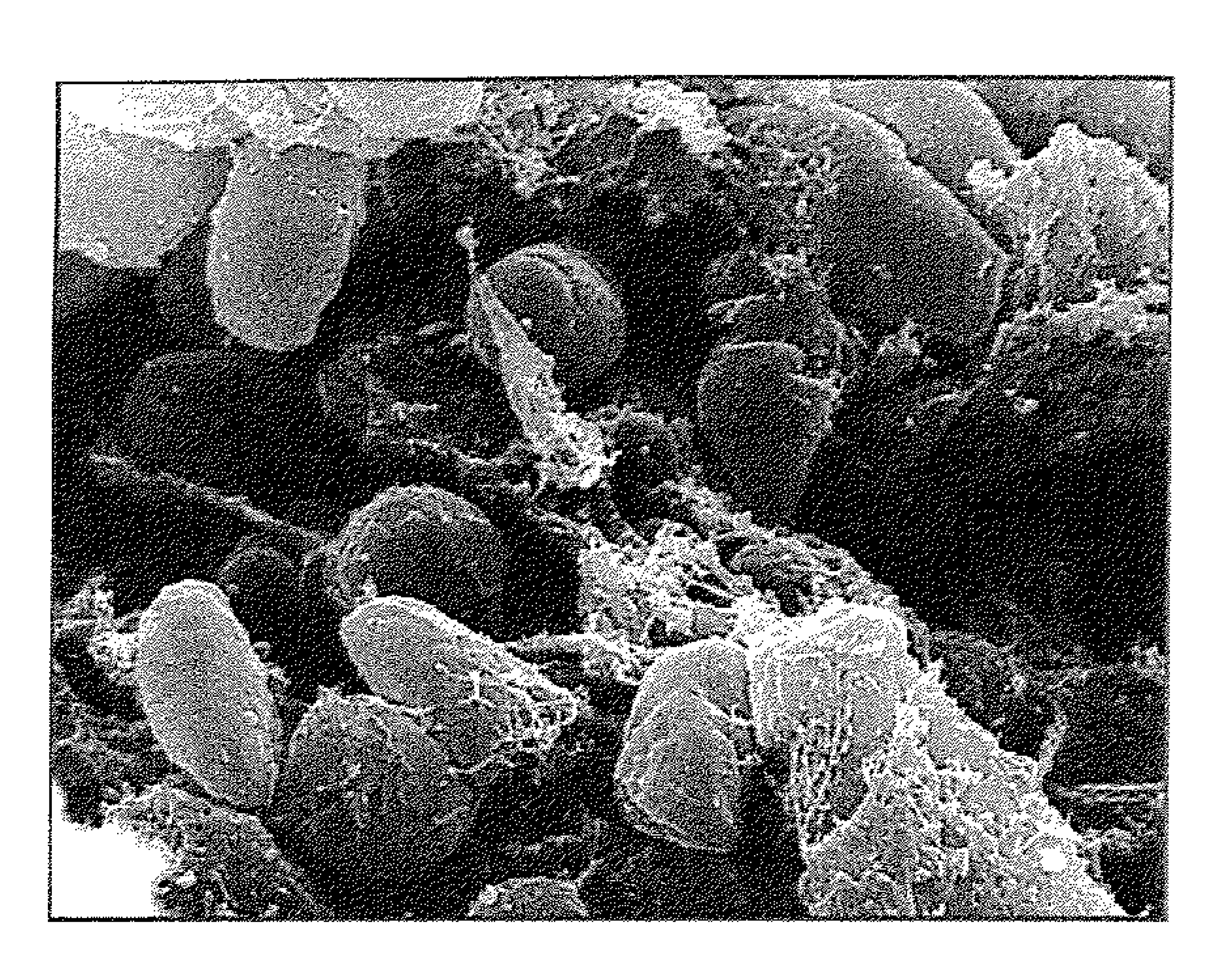
تحدث هذه المضاعفات أثناء أو بعد العملية وتشمل مضاعفات أية عملية جراحية مثل التفاعل مع المخدر، والعدوى، والنزف المفرط أو تكوّن الجلطات الدموية وعادة ما يكون ذلك في أوردة الساق (خثارات الأوردة العميقة)، أما المضاعفات الخاصة بعملية استئصال الزائدة فتشمل:

* العدوى ويمكن معالجتها بالمضادات الحيوية.
* الجدرات (Keloids) ويستغرق ذلك سنوات للتحسن.
* تكوّن نسيج ندبي وقد يؤثر ذلك على الأمعاء فيما بعد، وقد يؤدي إلى انسداد الأمعاء.
* ظهور الفتق ونادراً ما يحدث ذلك عند مقر الجراحة.
* احتمال التحول إلى الجراحة المفتوحة إذا كان الطبيب قرر إجراء العملية بالتنظير.

الطاعون مرض يمكن توقيه والشفاء منه إذا اكتُشفت الإصابة في الوقت المناسب

الطاعون مرض جرثومي تسبّبه عصيات جرثومية تسمى اليرسنية الطاعونية (Yersinia pestis)، التي تصيب بصفة رئيسية القوارض البرية. وينتقل المرض من حيوان قارض لآخر عن طريق البراغيث. ويصاب البشر الذين يتعرضون للدغ البراغيث المصابة بالطاعون الدبلي الذي يتميَّز بظهور دبل أي تمدد (انتفاخ) للعقدة اللمفية في موضع لدغة البرغوث.

والطاعون من الأمراض التي تستدعي استخدام آلية اتخاذ القرار للتقييم والإخطار عن الأحداث الصحية التي قد تشكّل طارئة صحية عمومية تسبب قلقاً عالمياً، والمنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية لعام (2005). وقد أخطرت الجماهيرية العربية الليبية منظمة الصحة العالمية بوقوع حالات إصابة بالطاعون في 14) حزيران/ يونيو 2009)، في منطقة طبرق وهي بؤرة معروفة لهذا المرض. وعلى ذلك نفذّت الجماهيرية تقييماً مبدئياً للوضع واتخذت السلطات المحلية تدابير وقائية تتضمن التنسيق بين القطاعات المعنية، ورش المناطق الموبوءة، وتعزيز أنشطة الترصُّد وبث الرسائل الصحية والتثقيفية بين عموم الناس، ومعالجة كافة الحالات المشتبهة والمؤكّدة مختبرياً.



يوضح الشكل اليرسينية الطاعونية

ويوجد في الجماهيرية الليبية حالياً خبير من كبار خبراء منظمة الصحة العالمية في زيارة ميدانية للسلطات الليبية لبدء تقصيات واسعة النطاق وعملية تقييم للوضع والمساعدة في تطوير نظام فعَّال للتصدِّي للفاشية واحتوائها في الوقت المناسب. وطبقاً للوائح الصحية الدولية سوف تقوم منظمة الصحة العالمية بتوفير المزيد من معلومات الصحة العمومية فور تلقِّيها من الميدان.

المعالجة

يعتبر التشخيص المبكر وسرعة المعالجة أمرين أساسين للحد من مضاعفات الطاعون والوفيات الناجمة عنه. ويمكن للتدخلات العلاجية الفعالة أن تؤدِّي إلى نسبة شفاء تصل إلى (100٪) تقريباً، إذا ما تم تشخيص الإصابات في الوقت المناسب. وتشمل هذه التدخلات: إدارة العلاج بالمضادات الحيوية والمعالجة الداعمة.

الوقاية

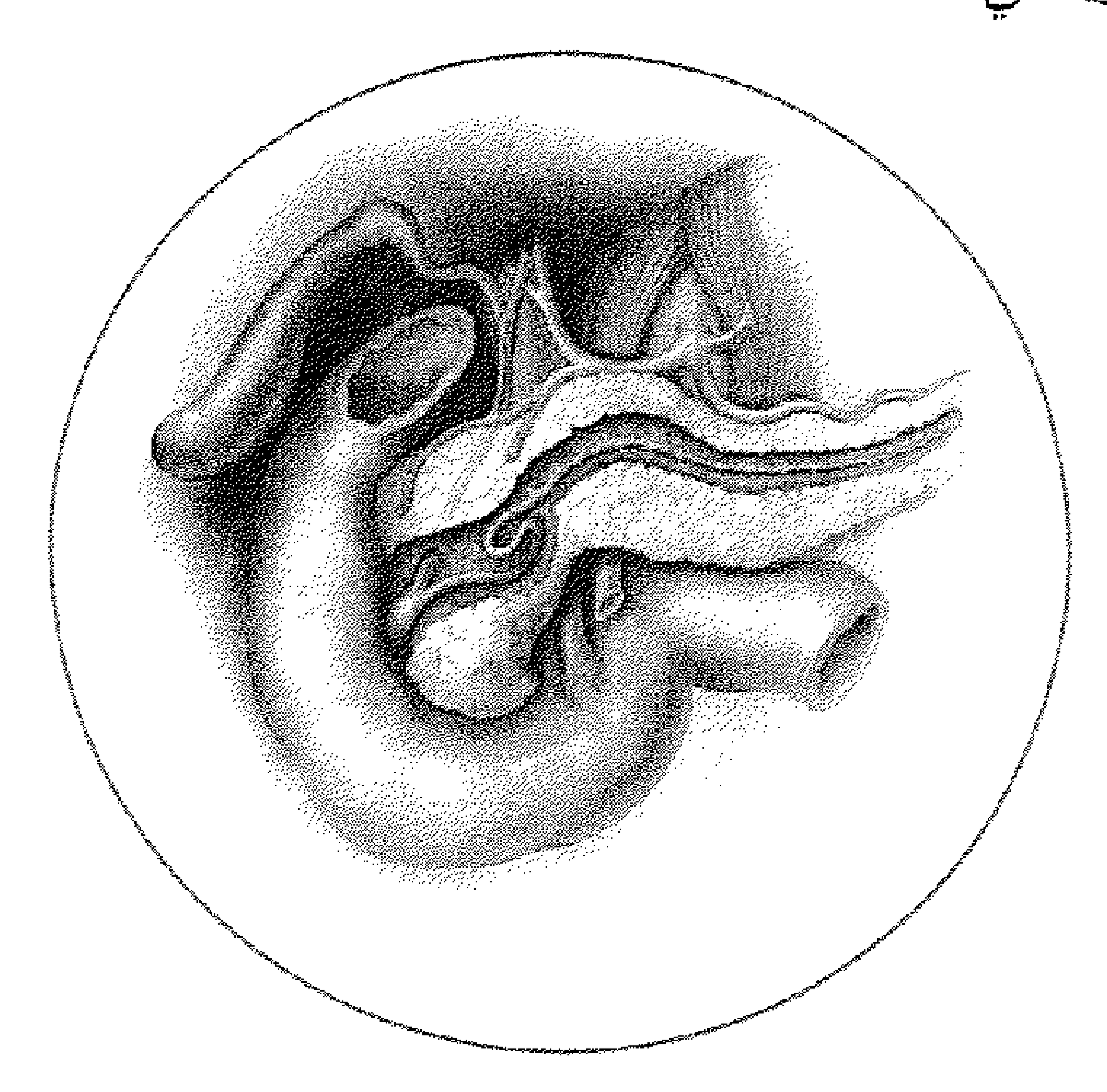
تهدف التدابير الوقائية إلى توعية عموم الناس ليكونوا على بيِّنة من المناطق التي ينشط فيها الطاعون حيواني المنشأ، واتخاذ الاحتياطات اللازمة لتجنُّب لدغ البراغيث وكيفية التعامل في المناطق الموبوءة بالطاعون. وينبغي للناس تجنُّب الاختلاط المباشر بالأنسجة الملوثة بالعدوى أو التعرُّض لمرضى مصابين بالطاعون الرئوي.

اللقاح

في وقت من الأوقات كانت اللقاحات المضادة للطاعون تُستخدم على نطاق واسع ولكنها لم تثبت فعاليتها في الوقاية من هذا المرض. ولا يوصى بأخذ اللقاحات في حالات تفشِّي العدوى، إنما يوصى به فقط كتدبير وقائي للمجموعات المعرَّضة بشدة لخطر العدوى (مثل العاملين في المختبرات الذين يتعرضون دوماً لخطر التلوث).

التهاب البنكرياس الحاد

يعد البنكرياس (15 سنتيمتر) جزءاً من الجهاز الهضمي متواجد خلف المعدة، ويرتبط مع الإثنا عشري بواسطة القناة البنكرياسية. يقدم البنكرياس إنزيمات تقوم بهضم الدهون. تمر العصارة البنكرياسية إلى الإثنا عشري، كذلك يقدم البنكرياس هرمون الأنسولين. في حالات التهاب البنكرياس الحاد، تبدأ الإنزيمات في البداية في هضم وتخريب البنكرياس قبل الوصول إلى الإثنا عشري. يصاب حوالي (10,000) شخص بالتهاب البنكرياس الحاد سنوياً في المملكة المتحدة.



يوضح الشكل البنكرياس

الأعراض:

* ألم وخيم عند الجزء الأعلى من البطن و/أو الظهر والذي يسوء عند الاستلقاء.
* القيء والحمى.
* اليرقان.
* المضاعفات:

لاتحدث أية مضاعفات إذا تمت المعالجة في أسرع وقت.

تشمل المضاعفات:

* تخريب البنكرياس.
* نمو كيسات في البنكرياس.
* خرّاج أو ناسور.
* نزف، وارتفاع في مستوى السكر في الدم.

الأسباب:

عادة ما تكون الأسباب في ثمانية مرضى من أصل عشرة وتشمل تكوّن الحصوات الصفراوية في قناة الصفراء أو الإفراط في تناول الكحوليات.

الأسباب الأقل شيوعاً هي بعض الأدوية مثل الستيرويدات القشرية، أو إصابات البطن، أو الأورام، أو العدوى، زيادة مستويات الكالسيوم أو الشحوم في الدم، أو عوامل وراثية، أو التهاب للأوعية الدموية في البنكرياس، أو الحمل أو الفشل الكلوي.

واحد من كل عشرة مصابين بالتهاب البنكرياس ليس لديهم سبب نوعي.

التشخيص:

يتم التشخيص بإجراء فحص الدم وعينة براز وكذلك يتم إجراء فحص فائق الصوت للبطن، والصورة الشعاعية للصدر. كما يمكن أخذ خزعة بالإبرة وعمل التفريس المقطعي المحوسب، وتصوير البنكرياس والأقنية الصفراوية بالتنظير الباطني بالطريق الراجع بالإضافة إلى التصوير بالرنين المغناطيسي.

المعالجة:

يحتاج أغلب المرضى إلى المعالجة بالمستشفى. تختفي الأعراض في غضون (3-5) أيام من المعالجة في المرضى، ولكن يختلف ذلك بين الأفراد.

الأدوية:

قد يحتاج المريض إلى مسكنات قوية للألم مثل البيتيدين(Pethidine) والترامادول (Tramadol).

قد تُعطى المضادات الحيوية لمدة (14) يوماً مثل سيفوروكسين (Cefuroxine)، ولكن تلك المضادات الحيوية لايمكنها منع تخريب البنكرياس.

المعالجة غير الجراحية:

قد يُمنع المريض من تناول الطعام لوقف البنكرياس من تقديم الإنزيمات الهضمية. وتتم تغذية المريض عندئذ بواسطة أنبوب رفيع يمتد من الأنف وحتى الأمعاء الدقيقة (Ryle tube)، أو يمكن تغذية المريض عن طريق التستيل داخل الوريد(Intravenous drip).

المعالجة الجراحية:

لايحتاج أغلب المرضى إلى ذلك النمط من المعالجة إلا في حالات نادرة مثل:

1 ـ نخر البنكرياس:

إذا حدث تخريب لأكثر من (30٪) من البنكرياس، في هذه الحالة سيتم استئصال ذلك الجزء.

2 ـ التهاب البنكرياس الحاد الذي تسببه الحصوات الصفراوية:

إذا تكونت الحصوات الصفراوية في المرارة أو القنوات الصفراوية، فيجب استئصال المرارة أو الحصوات الصفراوية بالجراحة المفتوحة أو بالمنظار.

الوقاية:

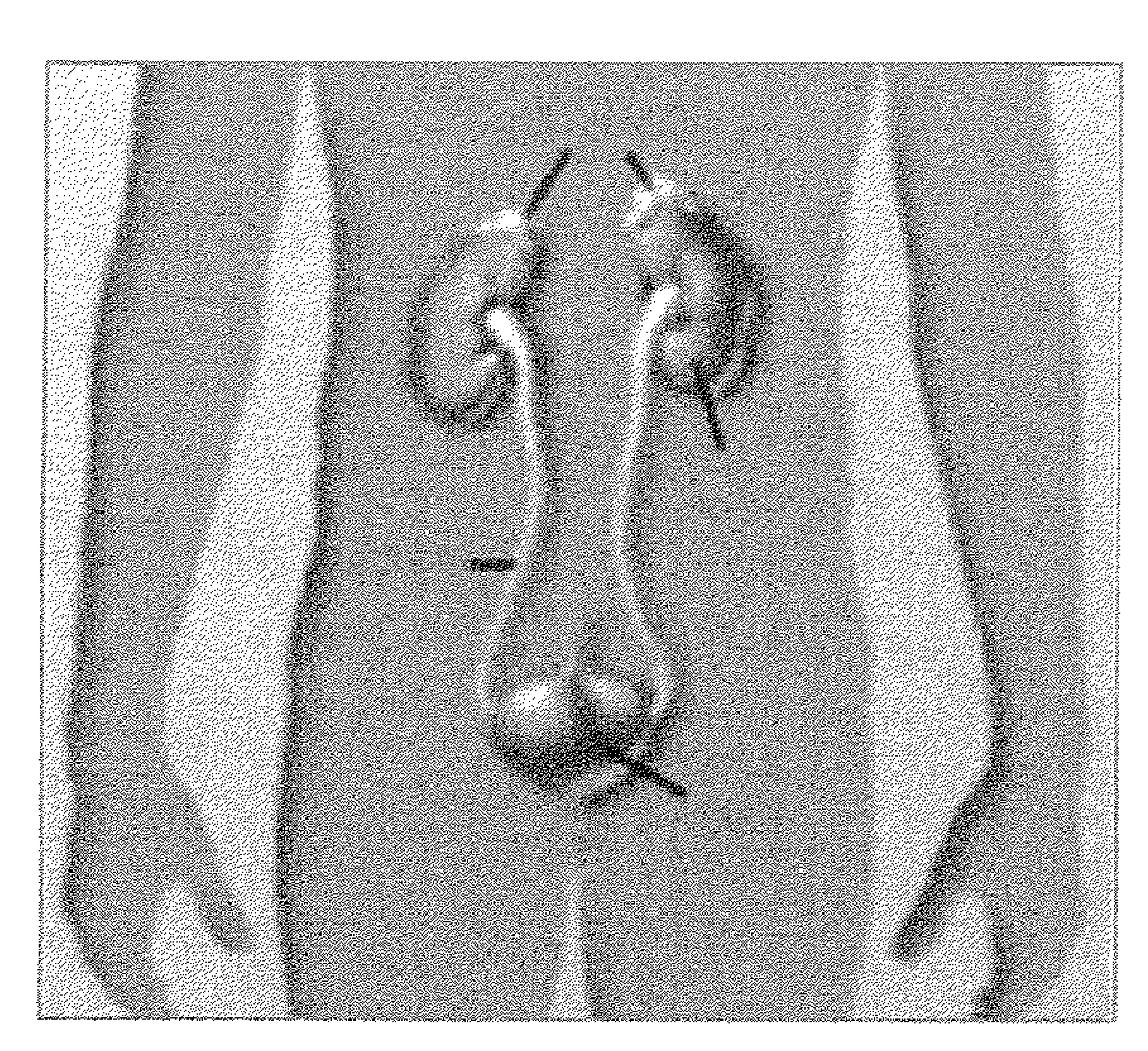
يمكن الوقاية من الإصابة بالتهاب البنكرياس الحاد بتجنب الأسباب المؤدية له. كذلك يمكن تجنب معاودة الإصابة بالتهاب البنكرياس الحاد بعد الشفاء عن طريق نظام غذائي منخفض الدهن، وتجنب تناول الكحوليات وبعض الأدوية. وعن طريق ذلك ليس فقط يمكن تجنب الإصابة بالتهاب البنكرياس الحاد ولكن أيضاً يمكن تجنب تنامي التهاب البنكرياس المزمن.



توجد غدتي الكظر على كل جانب من جسم الإنسان فوق الكلية، وتتكون كل غدة من لب داخلي (لب الكظر) وقشرة خارجية (قشر الكظر). في داء أديسون تتخرب القشرة بدرجة متعذرة العكس. تقدم القشرة الهرمونات التالية:

* الكورتيزول والذي يساعد في المحافظة على الطاقة وتنظيم مستوى السكر في الدم وقوة العضلات.
* الألدوستيرون والذي ينظم مستويات الملح والماء في الجسم، مما يساعد في تنظيم ضغط الدم.
* الأندروجينات ومنها ديهيدروإيبيأندروستيرون والذي يؤثر على الشبق في السيدات.

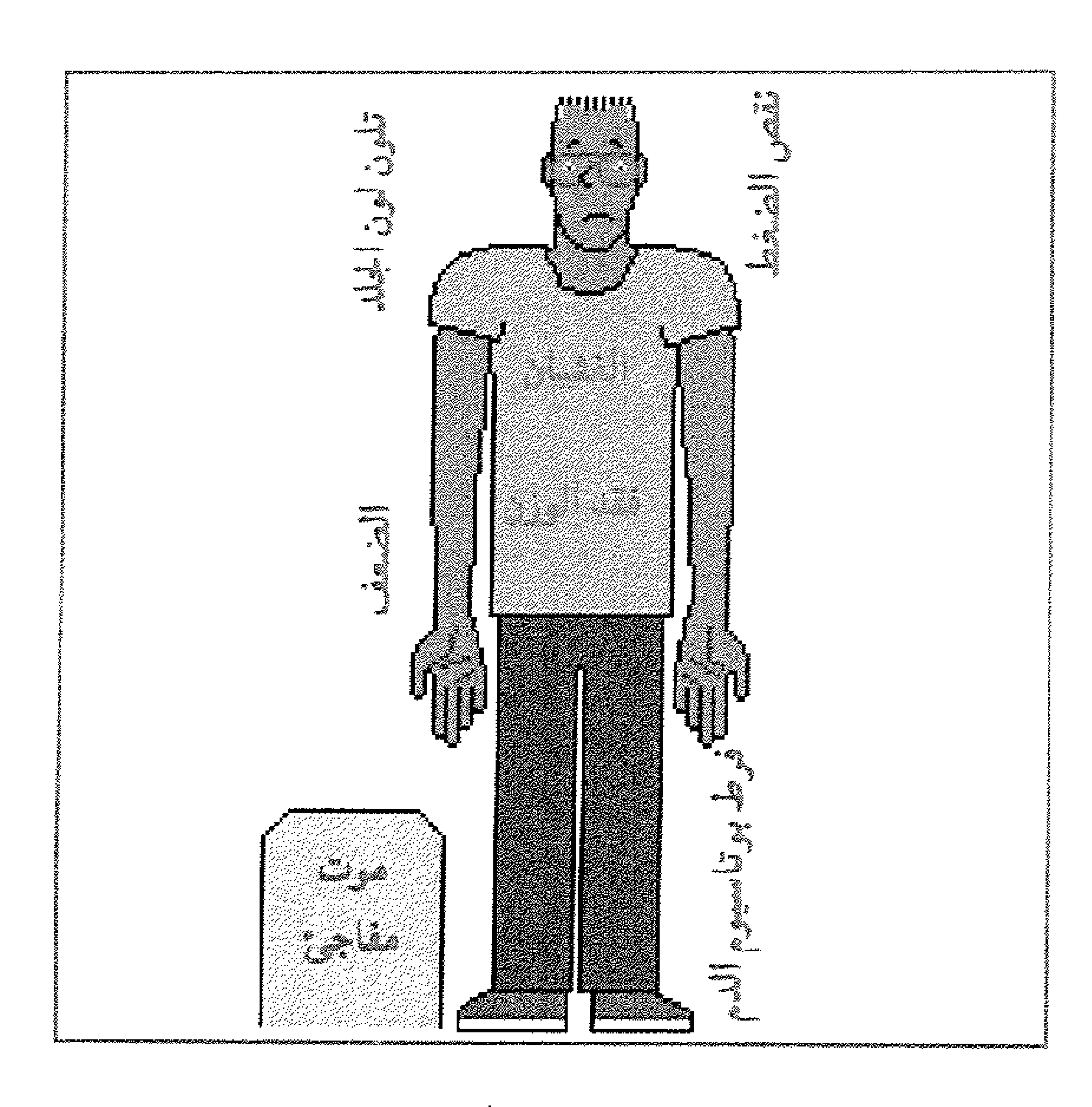
يُعد داء أديسون داءً نادراً، يصيب فقط شخصاً في كل (20,000) فرد، ويمكن أن تحدث الإصابة في أي سن ولكن أغلب الحالات تحدث بين (40-60) عاماً. قد يعيش بعض المرضى بالداء دون أدنى معرفة بإصابتهم به لفترات طويلة.



يوضح الشكل الغدة الكظرية

الأعراض:

* الإرهاق، والضعف.
* فقد الوزن والشهية.
* الألم البطني.
* القيء والإسهال.
* تبدل لون الجلد خاصة في الوجه والأيدي والندبات الحديثة.
* ألم في العضلات والمفاصل.
* الدوخة عند الوقوف.
* فقد شعر العانة والإبط عند السيدات.



أعراض داء أديسون

أسباب داء أديسون:

عادة ما يكون داء أديسون ذاتي المنشأ. أغلب المرضى يعانون من مشكلة أخرى ذاتية المناعة مثل اضطرابات

الدرقية أو داء السكري أو من المحتمل أن يعاني من مرض آخر ذاتي المناعة في المستقبل.

تشمل الأسباب الأخرى النادرة لداء أديسون:

* السل، والعداوى الأخرى بما فيها العداوى الفطرية.
* الاستئصال الجراحي لغدتي الكظر.
* سرطان الكظر.
* إصابة غدة الكظر بعد حادث سيارة.

تشخيص داء أديسون:

يتم قياس الكورتيزول في الدم لتشخيص داء أديسون (اختبار التنبيه بالهرمون الموجه لقشر الكظر). تشمل الاختبارات الأخرى رينين البلازما، والصوديوم والبوتاسيوم. والتفرس المقطعي المحوسب والتصوير بالرنين المغناطيسي.

المعالجة:

تعتمد المعالجة على استعاضة الستيرويدات مدى الحياة. مثال للأدوية المستخدمة:

* هيدروكورتيزون، لاستعاضة الكورتيزول.
* فلودروكورتيزون، لاستعاضة الألدوستيرون.
* ديهيدروإيبيأندروستيرون، قد يصف بعض الأطباء هذا الدواء للسيدات على الرغم من عدم ثبوت فعاليته لكل النساء المصابات بداء أديسون.
* حقن هيدروكورتيزون، في الحوادث أو الإصابات الوخيمة.

تختلف جرعات الهيدروكورتيزون والفلودروكورتيزون من فرد لآخر. وقد يحتاج المريض إلى عدد من الاختبارات لتحديد الجرعة الصحيحة وتشمل معاينة ضغط الدم. في بعض الأحيان، مثل الحمى أو العمليات الجراحية قد يحتاج الطبيب إلى زيادة الجرعة. عادة ما تتم متابعة المريض كل (6-12) شهراً.

المضاعفات:

تعد أخطر مضاعفات داء أديسون، النوبة الأديسونية والتي تحدث عندما يكون الإمداد الهرموني أقل بكثير من حاجة الجسم. ويحدث ذلك عند الإجهاد مثل الجراحة، أو الإصابة الكبيرة، أو العدوى. كذلك يمكن أن تحدث تلك النوبة عند القيء أو الإسهال والذي يمنع امتصاص الدواء بصورة ملائمة.

تتشابه العلامات المنذرة لحدوث النوبة الأديسونية مع علامات داء أديسون غير المعالج وتشمل الإعياء والصداع، والدوخة، والضعف والتخليط.

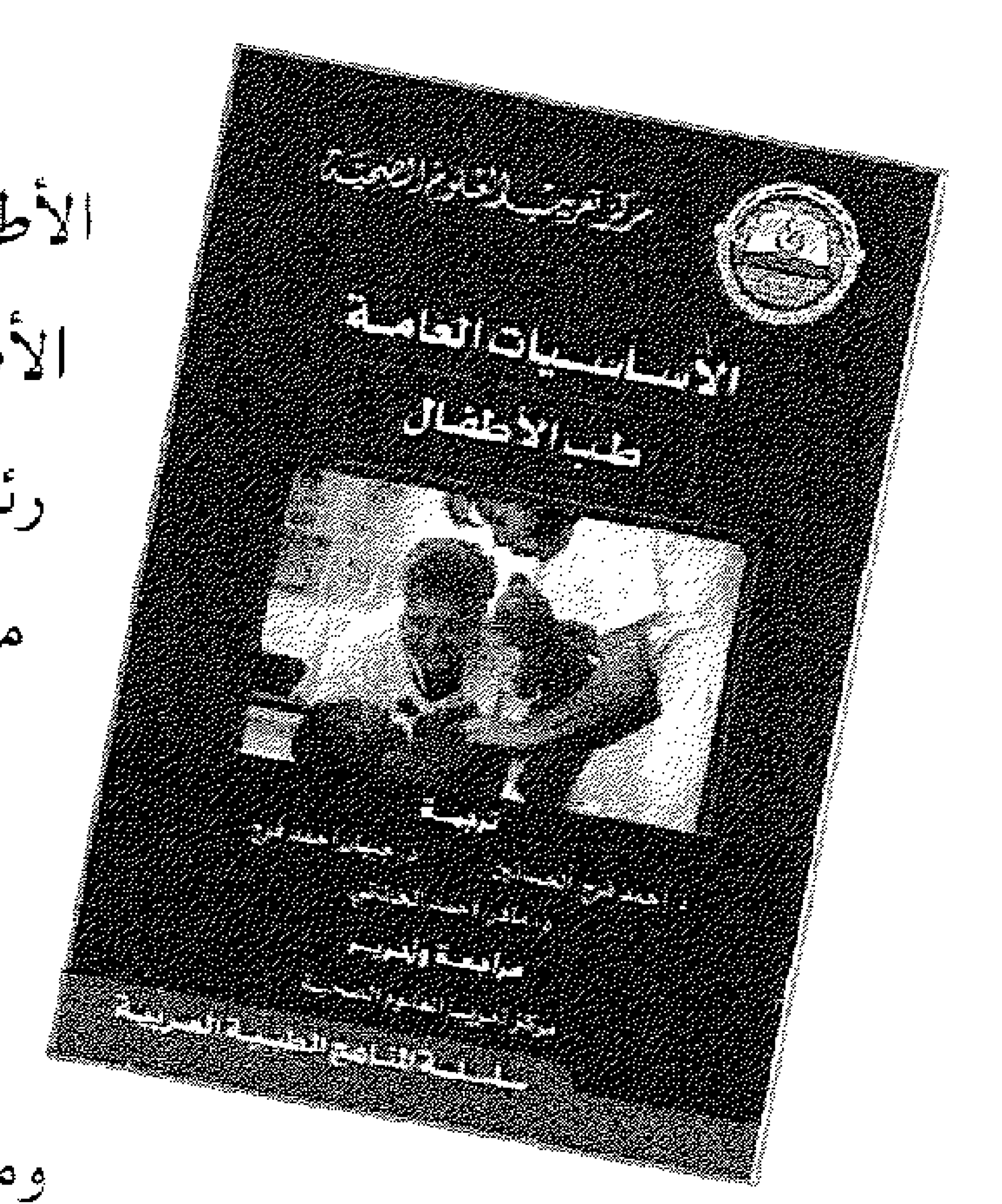
التعايش مع المرض:

يجب على المريض أن يعرف أن هذه الأدوية سيتناولها مدى الحياة وأنها مسؤوليته، وهناك بعض الملاحظات قد تساعد على تدبير تناول الأدوية:

* يجب عدم التوقف عن تناول الدواء فجأة.
* الاحتفاظ بدواء احتياطي.
* تجديد وصفة الدواء قبل فترة، واحتفظ بإمداد يكفيك لمدة شهر.
* تناول ضعف الكمية من الدواء عند الذهاب في إجازة، كذلك الحقن الطارئة. كما يجب حمل الدواء في حقيبة اليد أثناء السفر، مع ملحوظة من الممارس العام الخاص بك يبين بها لماذا تحتاج إلى حمل تلك الأدوية معك.
* يجب ارتداء سوار تعريف يشير إلى إصابتك بداء أديسون حتى يتمكن الطاقم الطبي من معرفة حالتك.

يشمل باب «المكتبة الطبية» ملخصات لعدد من الكتب الطبية باللغة العربية صدرت حديثاً عن مركز تعريب العلوم الصحية أو غيره من الهيئات المعنية بالتعريب

الأساسيات العامة
طب الأطفال



طب الأطفال من فروع الطب الهامة، لأنه يهتم برعاية الأطفال خاصة وأن قدرة الأطفال ضعيفة في التعبير عن طبيعة الآلام التي يعانون منها، وقد تطور طب الأطفال كفرع مستقل في الطب، لأن الكثير من المشكلات الصحية تحدث بصورة رئيسية لدى الأطفال بالإضافة إلى أن الأطفال سريعو النمو مما يجعل تغيرهم أسرع من الكبار. ولذا فقد كان حرصنا على اختيار مادة هذا الكتاب لترجمته إلى اللغة العربية ليكون مرجعاً في طب الأطفال للمتدربين، ولأهل هذه المهنة داخل المستشفيات، وفي العيادات الخارجية، وكذلك يتطرق الكتاب إلى معظم الاضطرابات المتعلقة بالنمو والتطور، والتغذية، والسلوك، والصحة البدنية، ومعالجة الكثير من الأمراض، ولهذا فهو مكمل ومساعد على الممارسة السليمة لطب الأطفال.

يعتمد هذا الكتاب الوجيز على وصف المرض في صفحة واحدة موجزة ومركزة مما يسهل من طريقة البحث والوصول إلى المعلومات بشكل سريع وبسيط. حيث يبدأ بأساسيات التشخيص معتمداً على مجموعة من المظاهر الإكلينيكية والمختبرية، وقائمة أخرى بالاضطرابات ذات المظاهر التي تتشابه مع المرض والتي ينبغي تفريقها للوصول للتشخيص السليم، ثم قائمة أخيرة تحتوي على أساسيات المعالجة، وفي نهاية الصفحة بعض التعليقات البسيطة، والتي تمثل خلاصة التشخيص، والمعالجة.

نأمل أن يكون هذا الكتاب مفيداً للأطباء ومقدمي الرعاية الصحية، والباحثين في جميع البلدان العربية، وأن يضيف جديداً لمنظومة تعريب العلوم الصحية.

عدد الصفحات : 481 سنة النشر : 2009

الناشر : مركز تعريب العلوم الصحية

التغيرات العالمية والصحة

تحتفل منظمة الصحة العالمية هذا العام بعيدها الستين، وبدلاً من الإسهاب في تسمية نجاحاتها في مكافحة الأوبئة والأمراض في أكثر دول العالم فقراً، فضلت النظر للمستقبل وما يحمله من مخاطر صحية محدقة بالبشرية والتحديات المرتبطة بها. إننا نجتمع في وقت تغلب عليه الأزمات، فنحن نواجه أزمة وقود، وأزمة غذائية، وأزمة مالية حادة، فضلاً عن المناخ الذي بدأ يتغير بأشكال لا تبعث على التفاؤل. ولجميع هذه الأزمات أسباب عالمية وانعكاسات عالمية، وهي تخلف آثاراً صحية عميقة ومجحفة إلى حد ما.

ولقد تم ترجمة كتاب «التغيرات العالمية والصحة» ليشرح لجميع الأطباء المتخصصين المسألة بوضوح، ويوضح كافة إنجازات الصحة العامة، ويمثل الفصل الأول مدخلاً إلى موضوع الصحة العالمية الذي بات يكتسب أهمية متزايدة في الآونة الأخيرة، حيث يبدأ بتعريف مصطلح العولمة، وهو من المصطلحات التي أصبح استعمالها شائعاً رغم الجدل الواسع الذي يدور حولها. ويتناول الفصل الثاني السؤال المحوري في الكتاب: ما هي أشكال العلاقة بين العولمة والصحة؟ ويحلل الفصل الثالث العلاقة ما بين التمييز الجنسي والعولمة والصحة، كما يستعرض الفصل الرابع أخطار كل من العوز الغذائي والبدانة على المستوى العالمي، والتبدلات التي طرأت على الحلقة الغذائية بنتيجة وتحرير التجارة. وسوف يتعرف القارئ في الفصل الخامس والسادس على الكيفية التي تؤثر العولمة من خلالها على تبعات الأمراض المعدية عند البشر، وعلى صورة التعامل مع هذه الأمراض على حد سواء، كما سيتعرف أيضاً على الاقتصاد العالمي من منظور التغيرات التي تحدث في مجالي التجارة والتحويل، وسيطلع على المؤسسات الرئيسية الثلاث التي تتحكم في الاقتصاد العالمي الناشئ، أما الفصل السابع فسيتعرف القارئ منه على منظمة التجارة العالمية وبشكل خاص على الآثار المحتملة للاتفاقيات التجارية متعددة الأطراف على الصحة العامة. كما يبحث الفصل الثامن عولمة الصناعة الصيدلانية وتطورها خلال العقود الأخيرة، ويتحدث الفصل التاسع عن الاقتصاد العالمي وجائحة التبغ موضحاً التغير المتسارع الذي يطرأ على هيكل صناعة التبغ. وسيكتشف القارئ في الفصل العاشر الآثار الصحية للتغيرات البيئية العالمية، وهو موضوع تقني إلى حد ما.

كما يستعرض الفصل الحادي عشر الروابط بين قضايا الصحة العالمية ومجال الأمن. ويركز الفصل الثاني عشر على أهمية الحاكمية في السعي إلى تأمين الصحة العامة في عصر العولمة، وسيتعرف القارئ في الفصل الثالث عشر والرابع عشر على دور القطاع التجاري في الحاكمية الصحية والعالمية، وعلى تعريفات المجتمع المدني، وما بات يعرف اليوم باسم المجتمع المدني العالمي ودور منظمات المجتمع المدني في الصحة.

عدد الصفحات : 360 — سنة النشر : 2009

الناشر : مركز تعريب العلوم الصحية

القثطـرة القلبيـة



يسلط هذا الكتاب الضوء على أحد أهم التدخلات الطبية الحديثة ... والتي أحدثت ثورة في عالم الأمراض القلبية خلال العقود القليلة الماضية.

ونظراً لحالة الخوف والهلع التي تنتاب مريض القلب عندما يخبره الطبيب أنه بحاجة إلى قثطرة قلبية... قررنا أن نسلط الضوء على هذا الموضوع نظراً لما له من أهمية طبية في عالم الطب الحديث، وحتى نستطيع كشف الغمام عن حالة الخوف التي تنتاب المريض عندما يقرر له الأطباء إجراء القثطرة القلبية. ويستعرض الكتاب في أسلوب مبسط التعريف بالقثطرة القلبية وأهميتها الطبية، ومدى التطور المذهل والطفرة الهائلة التي حدثت في هذا المجال. ويعطي الكتاب لمحة عن التشريح الوصفي للقلب كمقدمة حتمية لشرح القثطرة القلبية بأنواعها واستخداماتها، إما في مجال الطب التشخيصي أو العلاجي. هذا بالإضافة إلى تخصيص فصل كامل لشرح أهم الاستخدامات في المجالين التشخيصي والعلاجي، وأهم الأمراض التي تكتشفها القثطرة وكيفية علاجها باستخدام التكنولوجيا الحديثة.

ويتطرق الكتاب بعد ذلك ببساطة شديدة إلى تقنيات القثطرة القلبية وكيفية استخدامها، بالإضافة إلى استعراض لبعض المضاعفات التي قد تحدث للمريض ونسب حدوثها وكذلك موانع استخدامها. وقد تم التطرق إلى هذا الموضوع وطرحه بكل أمانة، دون ترهيب أو ترغيب في إجراء العملية، حيث تم استعراض النسب العالمية لحدوث تلك المضاعفات حسب ماورد في الدراسات والأبحاث الحديثة الموثوق بها.

هذا وقد تم تخصيص الجزء الأخير من الكتاب لاستعراض أهم التطبيقات العلاجية التي تم إضافتها منذ الثمانينيات من القرن الماضي إلى الاستخدامات التشخيصية للقثطرة القلبية والتي ساهمت بنسبة كبيرة في التقليل من معدلات الوفيات الناتجة عن أمراض القلب، وتم التطرق إلى شرح وافي للدعامات القلبية وطرق ودواعي استخدامها كبديل فعال ومأمون للجراحة القلبية التقليدية.

عدد الصفحات : 105   سنة النشر : 2009

الناشر : مركز تعريب العلوم الصحية

الفحص الطبي الدوري

إنَّ توعية الناس بمختلف مستوياتهم الثقافية حول الأمراض عموماً والشائعة منها في العالم خصوصاً بات أمراً ضرورياً لتجنبها ودرء مخاطرها والإصابة بها. والتوعية وحدها غير كافية رغم أنها أساس قوي لتجنب الأمراض، ولذلك افتتحت كثير من الدول عيادات لتقديم خدمات الصحة العامة يُجرى فيها الفحص الطبي الدوري العام للمواطنين، وللأطفال لكشف حالتهم الصحية وتحصينهم باللقاحات اللازمة لهم وفق خطة دورية.

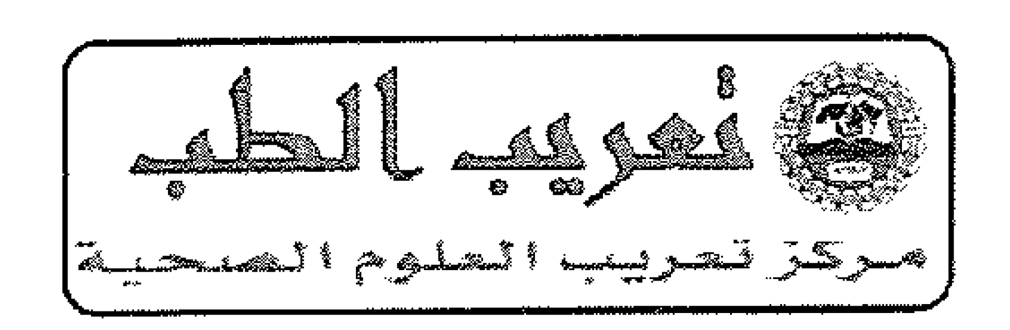
وفي هذا السياق تأتي أهمية الفحوص الطبية الدورية ـ والتي خُصص لها هذا الكتاب ـ وأنه قائم على نظرية الشمولية، حيث يفي بمراحل الإنسان المختلفة، فهو في كل مرحلة يخضع للفحوص المناسبة لكلٍّ من المرأة والرجل معاً. إن الفحوص الطبية الدورية ليست ترفاً لا داعي له وليست بدعاً تنفرد به دولة دون أخرى، إنما قواعد وأصول وصفها النظام الصحي المعاصر حتى تحظى المجتمعات بالمخرجات القميّة في الموارد البشرية. إن الالتزام بالفحوص الطبية الدورية له فوائد مركبة تقع على الفرد والأسرة معاً، ومن ثمّ على المجتمع الذي يحفظ قدرات أفراده الإنتاجية ويحافظ على معدلها الثابت في برنامج الوقاية.

من أجل هذا يأتي هذا الكتاب ليحقق هدفاً عاجلاً وهو هدف الوقاية ويحقق تباعاً هدفاً آجلاً وهو الهدف العلاجي، وهذا كله في إطار البرامج التوعوية والتي يحققها كذلك. وسوف نطالع في الصفحات القادمة للكتاب طبيعة الفحوص الطبية الدورية العامة سواء للأطفال، أم للبالغين مع تعريف لمسميات الصحة الوقائية وكيفية الالتزام بالإرشادات الصحية كي يمارس الإنسان يومه بطريقة صحيحة.

هناك عدد من الأسئلة تواجه الأطباء والمنظمات الصحية من ناحية أنَّ المريض الذي يبتغي الفحص الطبي الدوري يريد أن يجني الفوائد الصحية الأكيدة قدر الإمكان، فما أهم الفحوص التي يجب أن تجرى له؟ وما نمط المشورات التي يحتاجها؟ وما نوع التمنيع والأدوية الأكثر فعالية للوقاية من الأمراض الخطرة أو التقليل منها؟ وأيٌّ منها مناسب لبعض المرضى دون غيرهم؟ ولبعض الأعمار دون غيرها؟ وهل تُنفذ الإجراءات سنوياً أم كل ثلاث سنوات أم أكثر؟ وكيف تقرر بأن هذا الفحص غير لازم؟ أو بالعكس أي يجب تكراره بكثرة؟ ومن يتحمّل هذه التكاليف كلها، المريض أم الدولة، أو الاثنين معاً؟ هذه الأسئلة يجد لها القارئ الإجابة عنها في هذا الكتاب.

عدد الصفحات : 41 سنة النشر : 2009

الناشر : مركز تعريب العلوم الصحية



العـــــدد 26
أكـــتـــوبر 2009

مسرد المصطلحات
Glossary

A

المجهض	Aborticide
الأمراض المعدية الحادة	Acute Infectious diseases
الإدمان	Addiction
الإدخال في المستشفى	Admission
اختلال التركيب التشريحي	Anatomical structure disability
التوصيف البشري	Anthropography
خمول، اللامبالاة، فتور	Apathy
الداء الأرمني (حمى البحر المتوسط العائلية)	Armenian disease (familial Mediterranean fever)
التهاب المفاصل	Arthritis
تصلب المفصل	Arthrosclerosis
الأتروبين (أدوية)	Atropine
البيئة السلوكية	Attitudinal environment
داء المناعة الذاتية	Autoimmune disease
الوَعْي	Awareness

B

العدوى الجرثومية	Bacterial infection
السلوك	Behavior
نبات ست الحسن	Belladonna
النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي	Biopsychosocial model
النزف	Bleeding
خلايا الدم، كريات الدم	Blood cell
الزمر الدموية	Blood groups
العظم	Bone
الإرضاع من الثدي	Breast-feeding
البروسيلة (جنس جراثيم من فصيلة البروسيلات)	Brucella

C

الجُثة	Cadaver
كدمات الجثة	Cadaveric ecchymoses
العناية	Care
الأسباب	Causes
السائل المخي النخاعي	Cerebrospinal fluid;"CSF"
قيصرية (فتح الرحم بالعملية القيصرية)	Cesarean section
طفل	Child
اضطرابات مزمنة عجزية	Chronic disability disorders
الأمراض المزمنة	Chronic -Diseases
الفحص الإكلينيكي	Clinical Examination
العلامات الإكلينيكية	Clinical Signs
كسر كوليس في النهاية السفلية للكعبرة	Colles' Fracture
فغر القولون	Colostomy
مركَّب	Composite
الشذوذات الخلقية	Congenital anomalies
الشوكران	Conicum
السعال (الكحة)	Cough
الإجهاض الجنائي	Criminal abortion
علاج	Cure

D

Death rates	معدلات الوفاة
Degenerative joint disease	داء المفاصل التنكسي
Diabetes	السكري
Diagnosis	التشخيص
Dialysis machine	جهاز الديال (جهاز الميز الغشائي)
Dirrrhea	الإسهال
Disability	العجز
Drying	التجفيف
Dyspnea	ضيق النفس

E

Ecchymoses (Sign: Ecchymosis)	كدمات (ف: كدمة)
Environmental sanitation	الإصحاح البيئي
Erythrocyte sedimentation rate;ESR	سرعة تثفل الكريات الحمراء
Eye drops	قطرة للعين

F

Febrile convulsion	الاختلاج الحمّوي
Feeding	الإطعام
Fever	الحمى
Findings	الموجودات
First aid	الإسعاف الأولي
Fissure	الشق
Forensic medicine (Legal medicine)	الطب الشرعي
Forensic psychiatry	الطب النفسي الشرعي
Forensic physician	طبيب شرعي
Fractures	الكسر

G

Gastroenteritis	التهاب المعدة والأمعاء
Gout	النقرس
Greenstick fracture	الغصن النظير

H

Handicap	الإعاقة
Headache	الصداع
Health care	الرعاية الصحية
Heart	القلب
Hepatitis	التهاب الكبد
Humidification system	نظام الترطيب
Humidity	الرطوبة

I

Identification	الاستعراف
Impairment	العلة
Impotence	العنانة
Incised wound	جرح قاطع (جرح قطعي)
Infectious control	مكافحة العدوى
Infectious disease	مرض مُعدي
Inflammatory Bowel Disease	داء الأمعاء الالتهابي
Insulin	الأنسولين

L

Lactuca	الخس
Ligamen	رباط (ج:أربطة)
Lungs	الرئتان

M

Malaria	الملاريا (البرداء)
Mandrake	اليبروح (اللفاح)
Marijuana	الحشيش
Mortal	فانٍ
Multiple sclerosis	التصلب المتعدد

N

Neutrophils	العدلات

O

Opium Poppy	الخشخاش
Osteoarthritis	الفصال العظمي
Orthopedics	ناقضة العظم
Othropedics	جراحة العظام

P

Parkinson's disease	داء باركنسون
Periosteum	السمحاق
Petechial eruption	الطفح الحبري
Physical environment	البيئة الطبيعية
Piles (Hemorrhoids)	بواسير
Poliomyelitis	شلل الأطفال
Positive pressure ventilator	جهاز تهوية الضغط الإيجابي
Prefixes	سوابق
Prognosis	المآل؛ الإنذار
Psoriasis	داء الصدف (الصدفية)
Pyrexia of unknown origin;PUO	الحمى مجهولة السبب

R

Rape	الاغتصاب
Rectal cancer	سرطان المستقيم
Rehabilitation	التأهل
Resources	الموارد
Results	النتائج
Rheumatiod arthritis	التهاب المفاصل الروماتويدي
Royal collage of physicians	كلية رويال للأطباء

S

Salmonella	السلمونيلة (من الجراثيم)
Scaphoid bone of foot	العظم الزورقي للقدم
Scaphoid bone of hand	العظم القاربي لليد
Sciatica	عرق النسا
Scratch	خدش
Self care	عناية ذاتية ـ رعاية ذاتية
Self Concept	مفهوم الذات
Self-esteem	احترام الذات
Self-Help	المساعدة الذاتية
Sepsis	إنتان (ج:إنتانات)
Shock	صدمة
Sickle cell anemia	فقر الدم المنجلي
Sign	علامة (ج : علامات)
Sneezing	العطاس
Social medicine	الطب الاجتماعي
Sociology	علم الاجتماع
Spina bifida	السنسنة المشقوقة
Staphylococcus	العنقودية (جنس من الجراثيم)
Suffixes	لواصق
Suicide	الانتحار
Sweating	التعرق
Symptomatic uncertainty	التشخيص غير المؤكد

T

Teething	التسنين
Tetanus	الكزاز
Toxoplasmosis	داء المقوسات
Tularemoia	التولاريمية (مرض عدوائي حيواني المصدر)

U

Umbelliferous	ذو أزهار خيمية
Uncertainty	عدم (الارتياب)
Urine	البول

V

Viral infevtion	العدوى الفيروسية
Vital signs	العلامات الحيوية
Vomiting	القيء

W

White Blood cells	كريات (خلايا) الدم البيضاء

تقويم العامية

بعد اتساع الفتوح الإسلامية، وانتشار لغة الضاد في أقطار لم تكن العربية جارية على ألسن أهاليها ،كان لابد من حدوث صراع وتفاعل لغويين بين لغة الفاتحين ولغات المغلوبين. وأخطر ما نتج عن ذلك، على توالي العصور،كان ولادة أربع لهجات عامية رئيسية: واحدة في لبنان وسائر بلاد الشام، نتيجة تفاعل العربية والسريانية، وأخرى في بلاد الرافدين،نتيجة تفاعل العربية والفارسية، وثالثة في وادي النيل،نتيجة تفاعل العربية والقبطية، ورابعة في المغرب الكبير، نتيجة تفاعل العربية والبربرية.

ومع مرور الأجيال، حرفت العامة، في كل من هذه الأقطار، مئات الكلمات العربية الفصيحة، بالتشويه أو القلب أو الإبدال، حتى أن طائفة كبيرة من تلك الألفاظ المحرفة أهمل فريق من الكتاب المعاصرين أصولها الصحيحة، بعد أن شاعت في قوالبها الجديدة.

كذلك، فإن حاجة التعبير عما أطلعه تطور الحياة والمدنية، من أحوال وأشياء كثيرة جديدة، اضطرت العامة، وخصوصاً أصحاب الحرف والمهن، إلى ابتداع أسماء لها اقتبسوها من ألفاظ أعجمية أو من كلمات عربية يربطها بالمسميات رباط معنوي واه.

فمثلاً لفظة مناضد: وردت هذه اللفظة في المعاجم العربية، بمعنى الأسرة(بتشديد الراء) التي يجلس عليها الناس أو ينامون عليها وقد ورد في المعاجم فعل أنضد على وزن أفعل: أنضده نضداً أي جعل بعضه على بعض أو فوق بعض.

والجمع أنضاد. ومنضدة على وزن مفعلة (بكسر الميم وتسكين الفاء) وهو اسم مكان من الفعل نضد ينضد نضداً، وإن كان القياس عليه اسم الآلة: منضد على وزن مفعل، بكسر العين أومضرب أو على وزن نضد أي فعل.

ونعود فنذكر بأن منضدة، هي اسم الآلة التي توضع في غرفة للأكل أو الجلوس عليها، فكأنها مما يعالج بها الشيءأو يقام عليه.

والجدير ذكره، هو أن هذا اللفظ لم يرد مفرداً ولا جمعاً إلا نادراً في شعر العرب

فما موقفنا، اليوم، من مثل تلك المفردات، ولغتنا الفصحى تواجه تحديات العصر؟

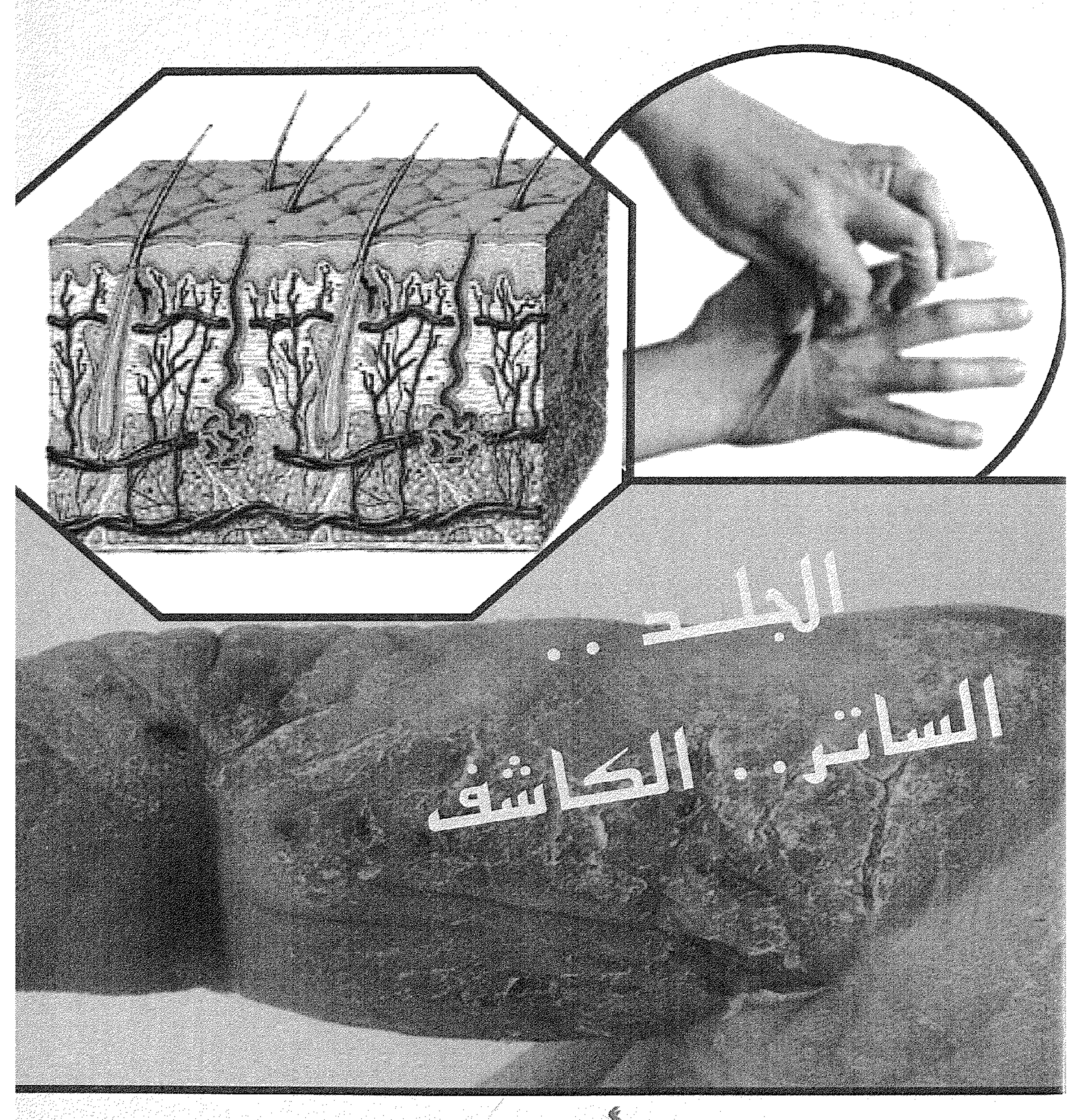
إن الضرورة اللغوية توجب إيجاد تسميات لجميع المستجدات المحسوسة والمعقولة، بحيث لا يحدث في اللغة أي فراغ تعبيري. وفي هذه الحال، تلح الضرورة على تقويم ما حرفته العامة وإعادة استخدامه صحيحاً، كما يعد اقتباس ما تمس الحاجة إليه من الألفاظ المستساغة الدارجة على ألسن العامة والأقرب إلى الفصحى أفضل من اقتباس ألفاظ أعجمية جديدة، يعبر بها عن تلك المسميات.

«والله ولي التوفيق»

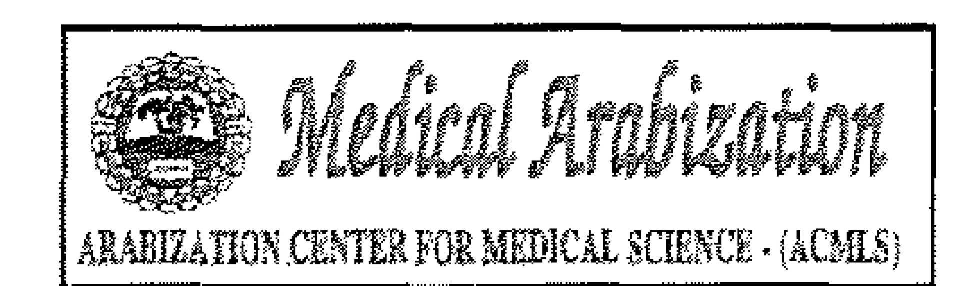
الدكتور يعقوب أحمد الشراح

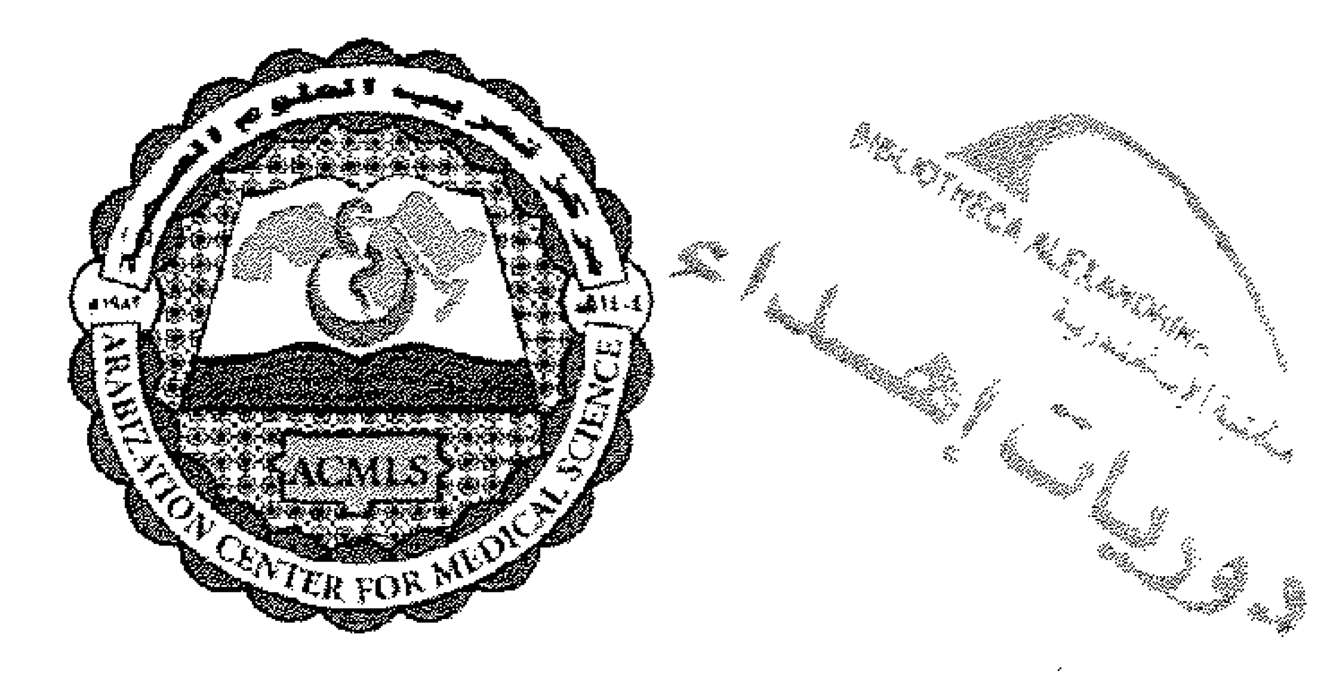
نائب رئيس التحرير

اقــرأ فــــي العــدد القــادم



ومقالات أخرى متنوعة





ARABIZATION CENTER FOR MEDICAL SCIENCE (ACMLS)

The Arabization Center for Medical Science (ACMLS) is an Arab regional organization established in 1980 and derived from the Higher Council of Arab Ministers of Public Health, the Arab League and its permanent headquarters is in Kuwait.

ACMLS has the following objectives:

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic medical literature to build a current bibliographic data base.
- Translation of medical researches into Arabic Language.
- Placement of Arabic medical curricula to serve medical and science Institutions and Colleges.

ACMLS consists of a board of trustees supervising ACMLS' general secretariate and its four main departments. ACMLS is concerned with preparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as directories, encyclopeadias, dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab medical information infrastructure.

ACMLS is responsible for disseminating the main information services for the Arab medical literature.

Medical Arabization **is a Peer-reviewed Arabic medical journal published by *ACMLS-Kuwait.***




* هيكل المخطوطة (Manuscript Format) :

يجب أن تشتمل المقالات الأصلية على الهيكلة التالية :

- *المقدمة (Introduction)* : أي السؤال الذي يحاول البحث أن يجد له إجابة .
- *طرق البحث (Methods of Study)* : تصميم وطرق البحث ، التعريفات المستخدمة ، المجموعة السكانية التي أجري عليها البحث ، الوسائل المختبرية المستخدمة .
- *النتائج (Results)* : ترتيب النتائج التي توصل إليها البحث حسب التسلسل المنطقي ، مع إضافة الجداول والرسوم التوضيحية كلما دعت الحاجة لذلك .
- *المناقشة (Discussion)* : الاستنتاجات المبنية على نتائج البحث ، والأدلة المستقاة من المراجع المنشورة التي تدعم استنتاجات المؤلفين ، وقابلية الاستنتاجات للتطبيق ، ومضامينها بالنسبة للأبحاث المستقبلية أو التطبيقات السريرية .

* المراجع (Bibliography) :

يجب ترتيب المراجع ترتيباً رقمياً متسلسلاً حسب ترتيبها في البحث وليس بالترتيب الأبجدي لمؤلفيها . كما يجب ذكر المراجع في حالة الجداول ومصدر الصور وموافقة أصحابها الأصليين إن لم تكن الصور التي تضمنها البحث أصلية . ويجب أن يشتمل كل من المراجع ، بنفس الترتيب ، على ما يلي : (1) أسماء المؤلفين ، (2) العنوان ، (3) اسم المجلة المرجع [حسب الاختصار المعتمد في الفهرست الطبي Index Medicus] ، (4) سنة النشر ، (5) المجلة والعدد الذي صدر فيه البحث ، (6) أرقام الصفحات التي استُخدمت كمرجع .

ويجب أن تحتوي الإشارة إلى الكتب كمراجع على ما يلي : (1) أسماء المؤلفين ، (2) عنوان الفصل (إن وجد) ، (3) أسماء المحررين (إن وجد) ، (4) عنوان الكتاب ، (5) المدينة التي نشر بها الكتاب ، (6) الناشر ، (7) السنة .

ويعتبر الكاتب مسؤولاً عن دقة واكتمال المراجع التي اشتمل عليها بحثه .

* الأشكال والرسوم التوضيحية (Illustrations) :

يجب تقديم ثلاث مجموعات من جميع الرسوم والصور المستخدمة في البحث . تقبل الصور الملونة وكذلك الأبيض والأسود ، كما يفضل توفير الأفلام الأصلية الموجبة لها .

ويفضل أن تكون الصور بحجم 10× 13سم أو 13× 18سم . ولابد من تقديم موافقة خطية من أصحاب الصور في حالة التعرف عليهم ، وفي حالة جميع الرسوم المنشورة سابقاً . ويجب ترقيم جميع الصور والأشكال التي يشتمل عليها البحث وذكرها داخل النص حسب ترتيبها الرقمي . كما يجب أن تشتمل كل الصور والأشكال المستخدمة على تعليق واف لها .

* الجداول (Tables) :

يجب أن تكون بيانات الجداول مطبوعة على الآلة الكاتبة ، كما يجب التحقق من صحة البيانات الواردة بها - مع ذكر المراجع - والتأكد من مطابقتها لما ورد في نص البحث .

* المخطوطات الإلكترونية (Electronic Manuscripts) :

تفضل مجلة «تعريب الطب» أن تكون المخطوطات المقدمة للنشر مصفوفة على الحاسوب ، مع الملاحظة التالية :

- تقديم البروفة النهائية من المخطوطة .
- يجب أن تكون المخطوطة المقدمة معدة وفقاً لأحد النظامين : أبل ماكنتوش - الناشر الصحفي (Al-Nashir Al-Sahafi) أو نظام «وورد» للحواسيب الشخصية (PC: Word for Windows: PLAINTEXT) .
- يجب أن يترافق قرص الحاسوب (Diskette) مع نسخة مطبوعة لمحتواه .

* مسؤولية المؤلفين (Responsibilities of Authors) :

يعد المؤلف مسؤولاً مسؤولية كاملة عن دقة جميع البيانات الواردة ببحثه (بما فيها جرعات الأدوية) ، وعن دقة البيانات المتعلقة بالمراجع التي استند إليها في إعداد البحث ، وعن الحصول على موافقة المؤلفين والناشرين لأي عمل منشور سابقاً وتشتمل عليه مخطوطته المقدمة للنشر .

* يمكن الاطلاع على المجلة بنصها الكامل على شبكة الإنترنت على الموقع : www.acmls.org

* المراسلات الخاصة بالتحرير :

توجه جميع المراسلات والأبحاث إلى :

السيد الدكتور / رئيس تحرير مجلة «تعريب الطب» ،

مركز تعريب العلوم الصحية

ص .ب : 5225 الصفاة 13053 - دولة الكويت

هاتف : 25338610/1 (965) +

فاكس : 25338618/9 (965) +

بريد إلكتروني : acmls@acmls.org